



3 3433 05872001 6

CLARK UNIVERSITY,
FEB 26 1892

WORCESTER, MASS.

ГОДЪ ДЕСАТЫЙ.

1892.

ТОМЪ XIX—№ 1.

АРХИВЪ ПСИХІАТРІИ, НЕЙРОЛОГІИ

И
СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГІИ,

издаваемый подъ редакціей П. И. Ковалевскаго,
проф. психіатріи и нервныхъ болѣзней при Харьк. университетѣ.

Въ журналѣ принимаютъ участіе:

В. М. Автопратовъ (Кіевъ), Э. И. Андрузскій (Одесса), Д. Д. Ахшарумовъ (Рига), Н. Н. Башеновъ (Москва), проф. В. М. Бехтеревъ (Казань), В. А. Брянецъ (Иркутскъ), С. А. Бѣляковъ (Петербургъ), Я. А. Боткинъ (Казань), М. С. Буба (Смоленскъ), Н. А. Бухаловъ (Казань), Н. М. Васильевъ (Новочеркасскъ), В. Н. Васятинъ (Казань), П. А. Викторовскій (Варшава), Я. В. Гиршонъ (Курскъ), З. В. Гутниковъ (Москва), А. А. Говстевъ (Екатеринославъ), В. О. Галенко (Умань), А. М. Головина (Болгарія), А. Р. Грунау (Екатеринославъ), В. Н. Дидрихсонъ (Харьковъ), А. П. Драгомановъ (Петербургъ), Д. А. Дриль (Москва), М. В. Игнатьевъ (Могилевъ), Н. Н. Ковалевская (Харьковъ), С. С. Корсановъ (Москва), Е. И. Компанѣйская-Новаленская (Петербургъ), М. О. Колесниковъ (Кіевъ), Н. П. Наменовъ (Тула), Д. В. Нуклярскій (Могилевъ), П. Н. Лащенко (Харьковъ), Мальшинъ (Москва), Н. А. Миславскій (Казань), Н. И. Мухинъ (Харьковъ), Д. І. Орбели, (Тифлисъ), И. Я. Платоновъ (Харьковъ), П. П. Платовъ (Харьковъ), проф. Н. М. Поповъ (Варшава), М. Н. Поповъ (Харьковъ), Д. И. Поляновъ (Харьковъ), Г. И. Раевскій (Симферополь), М. И. Рудовъ (Новочеркасскъ), В. Сербскій (Москва), М. Б. Слуцкій (Кишиневъ), С. Н. Совѣтовъ (Владиміръ), В. В. Соколовъ (Казань), Н. П. Сулима (Ямполь), А. Тельнихинъ (Саратовъ), В. А. Тихомировъ (Харьковъ), А. А. Токарскій (Москва), А. Толоконниковъ (Ярославъ), П. А. Троицкій (Варшава), В. Д. Троновъ (Нижній-Новгородъ), Я. Я. Трутовскій (Харьковъ), М. И. Федоровъ (Одесса), Проф. В. Ф. Чижъ (Дерптъ), І. Б. Шергандъ (Орелъ), С. И. Штейнбергъ (Саратовъ), М. А. Шульгинъ (Heidelberg), А. А. Яковлевъ (Новгородъ) и друг.

Подписная цѣна 6 р., экземпляры 1885, 86, 87, 88, 89, 90 и 91 гг. по 4 р.,—1884—10 р.; подписка принимается въ Харьковѣ, Ново-Чернышевская ул., № 1.

Харьковъ, Типографія И. М. Варшавчика. Николаевская ул. № 1.

CLARK UNIVERSITY,
FEB 26 1892

WORCESTER, MASS.

ГОДЪ ДЕСАТЫЙ.

1892.

ТОМЪ XIX—№ 1.

АРХИВЪ ПСИХІАТРІИ, НЕЙРОЛОГІИ

И
СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГІИ,

издаваемый подъ редакціей П. И. Ковалевскаго,
проф. психіатріи и нервныхъ болѣзней при Харьк. университетѣ.

Въ журналѣ принимаютъ участіе:

В. М. Автократовъ (Кіевъ), Э. И. Андрузскій (Одесса), Д. Д. Ахшарумовъ (Рига), Н. Н. Баженовъ (Москва), проф. В. М. Бехтеревъ (Казань), В. А. Брянецъ (Иркутскъ), С. А. Бѣляковъ (Петербургъ), Я. А. Боткинъ (Казань), М. С. Буба (Смоленскъ), Н. А. Бухаловъ (Казань), Н. М. Васильевъ (Новочеркасскъ), В. Н. Васяткинъ (Казань), П. А. Викторовскій (Варшава), Я. В. Гиршонъ (Курскъ), З. В. Гутниковъ (Москва), А. А. Говѣевъ (Екатеринославъ), В. О. Галенко (Умань), А. М. Головина (Болгарія), А. Р. Грунау (Екатеринославъ), В. Н. Дидрихсонъ (Харьковъ), А. П. Драгомановъ (Петербургъ), Д. А. Дриль (Москва), М. В. Игнатьевъ (Могилевъ), Н. Н. Ковалевская (Харьковъ), С. С. Корсановъ (Москва), Е. И. Компанѣйская-Коваленская (Петербургъ), М. О. Колесниковъ (Кіевъ), Н. П. Наменевъ (Тула), Д. В. Нульярскій (Могилевъ), П. Н. Лашенко (Харьковъ), Мальшинъ (Москва), Н. А. Миславскій (Казань), Н. И. Мухинъ (Харьковъ), Д. І. Орбели, (Тифлисъ), И. Я. Платоновъ (Харьковъ), П. П. Платовъ (Харьковъ), проф. Н. М. Поповъ (Варшава), М. Н. Поповъ (Харьковъ), Д. И. Поляновъ (Харьковъ), Г. И. Раевскій (Симферополь), М. И. Рудовъ (Новочеркасскъ), В. Сербскій (Москва), М. Б. Слуцкій (Кишиневъ), С. Н. Совѣтовъ (Владиміръ), В. В. Соколовъ (Казань), К. П. Сулима (Ямполь), А. Тельнихинъ (Саратовъ), В. А. Тихомировъ (Харьковъ), А. А. Токарскій (Москва), А. Толоконниковъ (Ярославль), П. А. Троицкій (Варшава), В. Д. Троновъ (Нижній-Новгородъ), Я. Я. Трутовскій (Харьковъ), М. И. Федоровъ (Одесса), Проф. В. Ф. Чижъ (Дерптъ), І. Б. Шергандъ (Орехъ), С. И. Штейнбергъ (Саратовъ), М. А. Шульгинъ (Heidelberg), А. А. Яковлевъ (Новгородъ) и друг.

Подписная цѣна 6 р., экземпляры 1885, 86, 87, 88, 89, 90 и 91 гг. по 4 р.,—1884—10 р.; подписка принимается въ Харьковѣ, Ново-Чернышевская ул., № 1.

Харьковъ, Типографія И. М. Варшавчика. Николаевская ул. № 1.

ОГЛАВЛЕНІЕ.

Стр.

Д-ръ И. Я. Платоновъ , Къ вопросу о прогрессиномъ параличѣ помѣшанныхъ и его леченіи у сифилитиковъ	1
Д-ръ А. А. Говстевъ , Къ вопросу объ устройствѣ земствами колоній для душевно-больныхъ	22
Д-ръ Слуцкий , Случай сифилиса центральной нервной системы	35
Проф. П. И. Ковалевскій , Эпилепсія	41
Д-ръ Шпанбокъ , Нѣсколько опытовъ надъ двигательными корковыми центрами при перевязкѣ мочеточниковъ	67
Д. Н. Стефановскій , Пассивизмъ	76
Библиографія: Проф. А. Я. Данилевскій и Н. Уликовъ 95.—	
Проф. Н. М. Поповъ, Къ патологической анатоміи идиотизма, 97.—	
Проф. Н. М. Поповъ, Къ казуистикѣ послѣдугарныхъ гемиплегій 97.—	
Д-ръ Щербакъ, О зависимости фосфорнаго обмена отъ усиленной или ослабленной дѣятельности головного мозга, 97.—Д-ръ Любарскій, Случай мозгового сифилиса, 98.—Prof. Bianchi, Къ хирургической терапіи болѣзни головного мозга, 99.—Dr. Guiseppe, О нѣкоторыхъ свойствахъ тактильнаго чувства, 99.—Dr. Lajagonb, Случай систематизированнаго бреда, излѣченнаго гипнотическимъ внушеніемъ, 100.—Dr. Tanzi, Неологизмы душевно-больныхъ въ связи съ <i>délirium chronicum</i> , 101.—Dr. Marchi, О происхожденіи и ходѣ <i>pedunculorum cerebelli</i> и ихъ отношеніи къ другимъ нервнымъ центрамъ, 104.—Prof. Vizioli, Позднее проявленіе некрозовъ, вызываемыхъ молніей, 107.—Dr. Agostini, Частота смертности у эпилептиковъ отъ чахотки, 108.—Dr. Antonini, Эпилептическая психопатія у тупоумнаго, 108.—Dr. Ottolengi, Психическая эпилепсія у преступниковъ, 108.—Dr. Ottolengi, Зрительное поле у психопатовъ, 108.—Dr. Mirto, Хроническая прогрессивная хорея, 109. Prof. Ladame, Франклинизация при душевныхъ болѣзняхъ, 109.—Dr. Seglas, Идеи преслѣдованія, 109.—Dr. Guimbail, Диспенсія меланхоликовъ, 110.—Dr. Guinon et Woltke, О вліяніи возбужденія органовъ чувствъ на галлюцинаціи страстной фазы истерическаго приступа, 111.—Dr. Féré, Физическіе признаки галлюцинацій, 111.—Mathieu, Изслѣдованія семіологическихъ указаній, могущихъ быть выведенными изъ почерка эпилептиковъ.—Dr. Féré, Замѣтка о локальной асфиксіи у эпилептика, 113.—Dr. Boinet, Дрожь, <i>tic convulsif</i> , 113.—Dr. Gilles de la Tourette, Личная нейралгія и Менъеровская болѣзнь, какъ проявленіе истеріи, 114.—Dr. Voisin, Гипнотизмъ какъ предметъ бреда въ психозахъ, 115.—Dr. Klippel, Прогрессивный параличъ и легочный туберкулезъ, 115.—Dr. André, Случай <i>tic convulsif</i> съ ониматоманіей, 116.—Dr. Luys, Судебно-медицинскіе вопросы въ области гипнотизма, 116.—Dr. Mairat и Bosc, Ядовитость мочи помѣшанныхъ, 117.—Dr. Boeck и Slosse, Присутствіе ацетона въ мочѣ помѣшанныхъ, 118.—Dr. Boinet и Silbert, Мочевые птомаины при Базедовой болѣзни, 118.—Dr. Leubuscher, Желудочное пищевареніе при нервныхъ и душевныхъ болѣзняхъ, 119.—Dr.	

**АРХИВЪ
ПСИХІАТРІИ, НЕЙРОЛОГІИ
И
СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГІИ.**

**Дозволено цензурою. 3-го Января 1892 г. г. Харьковъ. Цензоръ
періодическихъ изданій *Нилъ Савицкий*.**

АРХИВЪ ПСИХІАТРИИ, НЕЙРОЛОГИИ

И

СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ,

издаваемый редакціей П. Н. Ковалевскаго,

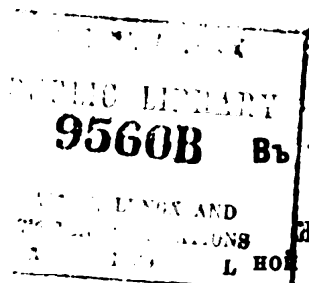
проф. психіатріи и нервныхъ болѣзней при Харьк. университетѣ.

Въ журналѣ принимаютъ участіе:

В. М. Автократовъ (Кіевъ), Э. И. Андрузскій (Одесса), Д. Д. Ахшарумовъ (Рига), Н. Н. Баженовъ (Москва), проф. В. М. Бехтеревъ (Казань), В. А. Боянцевъ (Иркутскъ), С. А. Бѣляковъ (Петербургъ), Я. А. Боткинъ (Казань), М. С. Буба (Смоленскъ), Н. А. Бухаловъ (Казань), Н. М. Васильевъ (Новочеркасскъ), В. Н. Васяткинъ (Казань), П. А. Викторовскій (Варшава), Я. В. Гиршонъ (Курскъ), З. В. Гутниковъ (Москва), А. А. Говстевъ (Екатеринославъ), В. Θ. Галенко (Умань), А. М. Головина (Болгарія), А. Р. Грунау (Екатеринославъ), В. Н. Дидрихсонъ (Харьковъ), А. П. Драгомановъ (Петербургъ), Д. А. Дриль (Москва), М. В. Игнатьевъ (Могилевъ), Н. Н. Ковалевская (Харьковъ), С. С. Корсаковъ (Москва), Е. И. Компаніѣйская-Коваленская (Петербургъ), М. Θ. Колесниковъ (Кіевъ), Н. П. Наменовъ (Тула), Д. В. Кулярсскій (Могилевъ), П. Н. Лащенко (Харьковъ), Мальшицъ (Москва), Н. А. Миславскій (Казань), Н. И. Мухинъ (Харьковъ), Д. І. Орбели, (Тифлисъ), И. Я. Платоновъ (Харьковъ), П. П. Платовъ (Харьковъ), проф. Н. М. Поповъ (Варшава), М. Н. Поповъ (Харьковъ), Д. И. Поляновъ (Харьковъ), Г. И. Раевскій (Симферополь), М. И. Рудовъ (Новочеркасскъ), В. Сербскій (Москва), М. Б. Слуцкий (Кишиневъ), С. Н. Совѣтовъ (Владиміръ), В. В. Соколовъ (Казань), Н. П. Сулима (Ямполь), А. Тельнихинъ (Саратовъ), В. А. Тихомировъ (Харьковъ), А. А. Тонарскій (Москва), А. Толоконниковъ (Ярославль), П. А. Троицкій (Варшава), В. Д. Троновъ (Нижній-Новгородъ), Я. Я. Трутовскій (Харьковъ), М. И. Фѣдоровъ (Одесса), Проф. В. Ф. Чижъ (Дерптъ), І. Б. Шергандъ (Орелъ), С. И. Штейнбергъ (Саратовъ), М. А. Шульгинъ (Heidelberg), А. А. Яковлевъ (Новгородъ) и друг.

Подписная цѣна 6 р., экземпляры 1885, 86, 87, 88, 89, 90 и 91 гг. по 4 р.,—1884—10 р.; подписка принимается въ Харьковѣ, Ново-Чернышевская ул., № 1.

Харьковъ, Типографія И. М. Варшавчика. Николаевская ул. № 1.



Въ течение 1891 года редакція Архива обмѣнивалась съ слѣдующими редакціями журналовъ и газетъ.

Журналъ охраненія общественнаго здравія.—Вѣстникъ судебной медицины и гигиены.—Военно-медицинскій журналъ.—Медицинское обозрѣніе.—Вѣстникъ офтальмологій.—Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней.—Протоколы физико-медицинскаго общества въ Москвѣ.—Протоколы гинекологическаго общества въ Москвѣ.—Медицина.—Юридическій Вѣстникъ.—Журналъ гражданскаго и уголовного права.—Petersburger medicinische Wochenschrift.—Новости терапіи.—Журналъ фармаціи.—Протоколы Кавказскаго медицинскаго общества.—Электричество.—Протоколы военныхъ врачей въ Москвѣ.—Медицинскія прибавленія къ морскому сборнику.—Протоколы общества естествоиспытателей въ Киевѣ.—Протоколы медицинскаго общества въ Киевѣ.—Протоколы Пятигорскаго Бальнеологическаго Общества.—Протоколы Архангельскаго Медицинскаго Общества.—Протоколы Иркутскаго Медицинскаго Общества.—Протоколы общества Темниковскихъ врачей.—Вѣстникъ Европы.—Сѣверный Вѣстникъ.—Русское Богатство.—Недѣля — Сѣверъ.—Правительственный Вѣстникъ.—Свѣтъ.—Лучъ.—Звѣзда.—Игрушечка.—Южный Край.—Ребусъ.—American Journal of Insanity.—The Alienist and Neurologist.—The Journal of Nervous and mental Disease.—The Quarterly Journal of Inebriety.—American Journal of Psychology.—The Journal medico-legal.—The Journal of mental Science.—The Brain.—The Monist.—Archive de Neurologie.—Bulletin Societe psychologique Belgique.—Annales medico-psychologiques.—Le Progres medical.—Journal des connaissances medicales.—Gazette hebdomadaire.—Le mercredi medical.—Journal medecine de Paris.—Psychiatrische Bladen.—Rivista sperimentale di freniatria.—Amcali di neurologia.—Il manicomio.—L'Anomalo.—Archivio di Psichiatria.—Archiv für Psychiatrie.—Allgemeines Zeitschrift für Psychiatrie.—Jahrbücher für Psychiatrie.—Centralblatt für Nervenheilkunde von Kurella.—Neurologisches Centralblatt.—Revue philosophique de Ribot.

ЛЕЧЕБНИЦА

ДЛЯ

ДУШЕВНЫХЪ И НЕРВНЫХЪ БОЛЬНЫХЪ

И

ПРИЮТЬ ДЛЯ НЕИЗЛЕЧИМЫХЪ БОЛЬНЫХЪ

Д-ра И. Я. Платонова.

При постоянной консультаціи

Проф. П. И. Ковалевскаго.

При лечебницѣ имѣются всѣ приспособленія для электротерапіи, гидротерапіи, массажа эргостать и проч. Адресъ: Харьковъ, Михайловская площ., собств. домъ.

Редакціей получены слѣдующія книги:

Д-ръ Чермакъ, Строение и развитіе хрящевой ткани.—Д-ръ Кикодзе, Патологическая анатомія крови при крупозномъ воспаленіи легкихъ.—Д-ръ Титовъ, Къ вопросу о диагностическомъ значеніи простѣйшихъ животныхъ болотной лихорадки.—Д-ръ Егоровъ, Къ вопросу объ амилоидномъ перерожденіи легкихъ.—Д-ръ Ноздревскій, Къ вопросу о патологоанатомическихъ явленіяхъ при неразрѣшившейся фиброзной пневмоніи.—Д-ръ Окуневъ, Колебанія кровяного давленія, температуры кожной и внутренней, пульса, дыханія и кожнолегочныхъ потерь въ періодахъ зноба, жара и пота при перемежной лихорадкѣ.—Д-ръ Лазаренко, О связи въ смертности отъ чахотки легкихъ въ Петербургѣ съ густотою и скученностью населенія и метеорологическими явленіями.—Д-ръ Вонновичъ, Дѣятельность желудка, пораженнаго ракомъ.—Д-ръ Мацкевичъ, Къ вопросу о вліяніи обильнаго питья воды на усвоеніе азотистыхъ веществъ пищи и азотистый обменъ у тифозныхъ.—Д-ръ Кречманъ, Матеріалы къ ученію о величинѣ сердца и кишечника у чахоточныхъ.—Д-ръ Жонгловичъ, Къ вопросу о микроорганизмѣ трахомы.—Д-ръ Наумовъ, О нѣкоторыхъ патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ на днѣ глаза у новорожденныхъ дѣтей.—Д-ръ Преображенскій, Перевязочные матеріалы.—Д-ръ Тихомировъ, Къ ученію о туберкулезѣ лимфатическихъ желѣзъ.—Д-ръ Поповъ, Матеріалы къ вопросу объ остромъ остеоміелитѣ, его симптомахъ и леченіи.—Д-ръ Праксинъ, О производствѣ частичной ларинготоміи.—Д-ръ Козловскій, Консервативное и оперативное леченіе бугорчатки костей и суставовъ.—Д-ръ Осмоловскій, О леченіи перитонитовъ разрывомъ живота.—Д-ръ Фенстеръ, Игнипунктура при страданіи костей и суставовъ.—Д-ръ Воскресенскій, Экстирпация гортани вслѣдствіи рака.—Д-ръ Чудновскій, Матеріалы для изученія процесса заживленія кожныхъ ранъ при истощеніи, организма голоданіемъ, кровопусканіемъ и нагноеніемъ.—Д-ръ Дружининъ, Объ измѣненіяхъ суставного хряща при вычлененіи.—Д-ръ Бацевичъ, Наблюденіе надъ измѣненіемъ артеріальнаго давленія и кожной температуры у беременныхъ роженицъ, родильницъ.—Д-ръ Поповъ, Къ вопросу объ измѣненіи яичника при фибромахъ матки.—Д-ръ Соловьевъ, Къ бактериологіи цервикальнаго канала при эндометритахъ.—Д-ръ Страіевскій, Къ вопросу о вліяніи разжиженія пищи на усвоеніе азотистыхъ частей ея у здоровыхъ людей.—Д-ръ Флоринскій, Питательное значеніе консервовъ Миллера.—Д-ръ Фаддеевъ, Матеріалы къ ученію о русской банѣ.—Д-ръ Груздевъ, Минеральный обменъ при русской бани.—Д-ръ Сазоновъ, О вліяніи русской паровой бани на выдѣленіе нѣкоторыхъ лекарственныхъ веществъ изъ организма здоровыхъ и больныхъ людей.—Д-ръ Статскевичъ, О вліяніи общихъ холодныхъ душей на усвоеніе жаровъ и азоти-

стой пищи у здороваго человека.—Д-ръ Янковскій, Къ ученію о дѣйствиі вливанія горячей воды въ кишечный каналъ.—Д-ръ Буйко, Тинакскія минеральныя грязи.—Д-ръ Еремѣевъ, Къ вопросу о вліяніи влажно-холодныхъ обтираній на усвоеніе жировъ пищи.—Д-ръ Завадскій, Къ вопросу о вліяніи тепловатыхъ ваннъ на азотистый обменъ и усвоеніе азотистыхъ веществъ пищи у здоровыхъ людей.—Д-ръ Флеринъ, Къ вопросу о сравнительномъ усвоеніи искусственнаго и натурального маселъ и топленнаго говяжьяго сала здоровыми людьми.—Д-ръ Ціонтковскій, Матеріалы къ вопросу о питательности квашеной капусты.—Д-ръ Егоровъ, Химическій составъ и усвояемость астраханской и сальянской паюсной икры.—Д-ръ Блуменау, Къ вопросу о дѣйствиі алкоголя на отравленія желудка у здоровыхъ.—Д-ръ Дьяконовъ, Къ вопросу о вліяніи алкоголя на усвоеніе и обменъ азота у горячечныхъ.—Д-ръ Губкинъ, О сравнительномъ усвоеніи тресковаго жира, липанина и сливочнаго масла здоровыми людьми.—Д-ръ Карчагинъ, Матеріалы къ ученію объ относительномъ сухояденіи.—Д-ръ Грамматчиковъ, О вліяніи лихорадки на минеральный обменъ у людей.—Д-ръ Тарковскій, Матеріалы для діететики варенаго масла.—Д-ръ Казанскій, Опредѣленіе составныхъ частей бузы и положеніе ее въ ряду спиртовыхъ напитковъ.—Д-ръ Носовичъ, Къ вопросу о колебаніи мышечной силы подъ вліяніемъ караульной службы.—Д-ръ Гильченко, Матеріалы для антропологии Кавказа, Осетины.—Д-ръ Скворцовъ, Къ вопросу о дѣйствиі препаратовъ желѣза на животный организмъ.—Д-ръ Покровскій, Объ измѣненіяхъ стѣнокъ венъ при артеріо-склерозѣ.—Д-ръ Палатченко, Матеріалы къ вопросу усвояемости легкаго и печени.—Д-ръ Тяжеловъ, Матеріалы къ вопросу о питательности жестяныхъ консервовъ Азибера.—Д-ръ Навасартянцъ, Къ вопросу о вліяніи эссендукской и. 17 воды на усвоеніе и обменъ азотистыхъ веществъ.—Д-ръ Целерицкій, Экспериментальныя изслѣдованія о функціи мозговой коры затылочной доли полушарій у высшихъ животныхъ.—Д-ръ Фонъ-Криденеръ, Къ вопросу объ экспериментальной эпилепсіи.—Д-ръ Абуковъ, Къ вопросу объ угнетающемъ вліяніи опія, морфія и кодеина на желудочное пищевареніе и количество соляной кислоты у здоровыхъ.—Д-ръ Блюменау, Къ ученію о давленіи на мозгъ.—Д-ръ Берлинскій, Къ вопросу объ открытіи мышьяка, при судебнo-химическихъ изслѣдованіяхъ путемъ электролиза въ аппаратъ Марша.—Д-ръ Лешинскій, Смертность отъ кори.—Д-ръ Реформатскій, Общій обзоръ эпидеміи злой корчи.—Д-ръ Скворкинъ, Химическій составъ русской пшеницы.—Д-ръ Сверчковъ, Матеріалы по вопросу о гигиеническихъ достоинствахъ воды для питья на судахъ русскаго флота.—Д-ръ Рѣшетилло, Объ этиологии маляріи вообще и опытъ опредѣленія этиологии маляріи въ безболотистой мѣстности.—Д-ръ Бекаревичъ, Къ изученію въ медикотопографическомъ и статистическомъ отношеніи г. Минска.—Д-ръ Ивановъ, Морфология женскаго молока и отношеніе ея къ питанію ребенка.—Д-ръ Кадкинъ, Матеріалы для микроскопической анатоміи молочной железы.—Д-ръ Осендовскій, Къ вопросу о лѣченіи ментоломъ бугорчатки легкиихъ и гортани.

Къ вопросу о прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ и его леченіи у сифилитиковъ.

И. Я. Платоновъ.

Прогрессивный параличъ помѣшанныхъ, какъ въ смыслѣ клиническихъ проявленій, такъ, главнымъ образомъ, и въ смыслѣ исхода своего, въ громадномъ большинствѣ случаевъ безспорно составляетъ одно изъ самыхъ тяжелыхъ и ужасныхъ заболѣваній. Еще ужаснѣе то, что въ послѣднее время случаи этого тяжелаго заболѣванія возрастаютъ съ такой неуклонной постепенностью, что въ нѣкоторыхъ психіатрическихъ заведеніяхъ на долю прогрессивныхъ паралитиковъ приходится болѣе трети всѣхъ одновременно наблюдаемыхъ въ нихъ болѣзненныхъ формъ. Такъ напр., въ клиникѣ проф. Ковалевскаго въ періодъ времени отъ 1-го октября 1886 г. по 1-е октября 1889 года между 183 пользовавшимися душевно-больными было 55 человекъ съ прогрессивнымъ параличемъ. Тоже самое устанавливаютъ и другіе изслѣдователи: dr Régis, Calmeil, Mickle и много друг. На ряду съ этимъ все чаще и чаще наблюдаются случаи, свидѣтельствующіе, что прогрессивный параличъ помѣшанныхъ поражаетъ не только лицъ въ возрастѣ 30—50, какъ наиболѣе, по мнѣнію большинства изслѣдователей, располагающему къ заболѣванію этой болѣзью, но и юношей и дѣтей, нисходя до 13-ти лѣтняго возраста, какъ это видно изъ наблюденій prof. Strümpel'я ¹⁾, д-ра Давыдова ²⁾, Wigglesworth'a ³⁾, Régis'a ⁴⁾ и др.

Словомъ, прогрессивный параличъ помѣшанныхъ въ нашъ нервный вѣкъ является жестокимъ бичомъ

¹⁾ Prof. Strümpel, Neurologisch. Cenbtalblatt, 1888, № 5.

²⁾ Д-ръ Давыдовъ, Архивъ Психіатріи. Т. IX. № 1.

³⁾ Wigglesworth, Journ. of mental science. 1883, № 3.

⁴⁾ Dr Régis, L'Encephale. 1885 г. № 5.

современнаго мыслящаго человѣка и принимаетъ характеръ страданія, одинаково поражающаго какъ старыхъ, такъ и малыхъ,—какъ развитыхъ людей, такъ и простыхъ малоразвитыхъ. Въ виду этого неудивительно, что прогрессивный параличъ помѣшанныхъ, особенно въ послѣднее время, является, предметомъ особой важности и всѣ лучшіе умы и авторитеты нашей науки съ особеннымъ усердіемъ занимаются изслѣдованіемъ многихъ вопросовъ, относящихся къ этой болѣзни. Дѣйствительно, литература прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ разрослась до большихъ размѣровъ: мы имѣемъ много отдѣльныхъ работъ по вопросу о патологической анатоміи этой тяжелой болѣзни, массу клиническихъ изслѣдованій и наблюденій съ цѣлію выясненія основныхъ ея признаковъ, съ одной стороны, а также сущности и причинныхъ моментовъ ея, съ другой. Но, къ сожалѣнію, нельзя не сознаться, что свѣдѣнія наши о прогрессивномъ параличѣ все таки далеко еще недостаточны и не вполне опредѣлены; всѣ эти работы и изслѣдованія не даютъ ключа къ пониманію очень многого, относящагося до этой болѣзни. Самый основной вопросъ, именно: вопросъ о болѣзненной подкладкѣ этого заболѣванія и его сущности, собственно говоря, остается открытымъ. Таковы напр. случаи, опубликованные Baillarger, изъ коихъ въ одномъ прогрессивный параличъ, осложнившій собой *tabes dorsalis* обнаруживаясь ни чѣмъ при жизни, былъ установленъ только на анатомическомъ столѣ; а въ другомъ, наоборотъ, вскрытіе обнаружило полное почти отсутствіе хроническаго періэнцефалита, какъ анатомической основы этой болѣзни, не смотря на то, что клиническая картина теченія болѣзни весьма ясно указывала на существованіе прогрессивнаго паралича ¹⁾.

Еще больше неопредѣленности и незаконченности въ изслѣдованіяхъ по вопросу о сущности болѣзни, причинахъ и леченіи прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ: одни изслѣдователи говорятъ, что болѣзнь эта есть слѣдствіе вырожденія и предрасположеніе къ ней дается отъ рожденія и что въ ряду ея причинъ

¹⁾ См. рефератъ статьи Архивъ Психіатріи. Т. VII. № 1.

... 1 9 7 1

ныхъ моментовъ первое мѣсто занимаетъ наслѣдственность, а все остальное имѣетъ значеніе случайныхъ причинъ, лишь обнаруживающихъ болѣзнь; другіе говорятъ, наоборотъ, что наслѣдственность здѣсь не играетъ особенно важной роли и что болѣзнь эта развивается одинаково какъ на подорванной нервной системѣ, такъ равно и на дюжихъ, крѣпкихъ мозгахъ подъ вліяніемъ цѣлаго ряда психическихъ и физическихъ насилій на мозгъ; наконецъ, третьи признаютъ то и другое, т. е. наслѣдственность и рядъ нравственныхъ и физическихъ насилій.

Изучая причины прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ, изслѣдователи обратили серьезное вниманіе между прочими на сифилисъ. Такъ, еще въ 1857 г. Esmarch и Jessen высказали положеніе, что всѣ случаи прогрессивнаго паралича обязаны своимъ происхожденіемъ сифилису; потомъ появился цѣлый рядъ статистическихъ и клиническихъ изслѣдованій въ этомъ направленіи. Но вопросъ объ отношеніи сифилиса къ прогрессивному параличу, тѣмъ не менѣе, остается пока вопросомъ. А между тѣмъ въ виду важности значенія сифилиса, какъ болѣзни далеко небезразличной для нервной системы, съ одной стороны, и распространенности его въ наше время, съ другой, опредѣленіе его значенія для прогрессивнаго паралича является чуть ли не насущной потребностью, и всякій новый случай, относящійся къ этому вопросу, можетъ представлять интересъ. Вотъ почему мы позволяемъ себѣ сообщить вниманію товарищей нижеслѣдующій случай прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ у сифилитика. Исторія его такова:

А. С., дворянинъ, 42-хъ лѣтъ, женатый, по занятіямъ коммисіонеръ, поступилъ въ лечебницу 13-го февр. 1891 г. О прошлой жизни больного удалось выяснитъ слѣдующее: родители его, особенно мать, сильно пьянствовали; родная сестра болѣла бредовымъ психозомъ и умерла отъ истощенія. Самъ больной въ дѣтствѣ ничѣмъ особеннымъ не болѣлъ, но всегда отличался капризностью. Оставшись круглымъ сиротой, онъ переехалъ жить къ своему дѣду, таможенному чиновнику; здѣсь онъ познакомился съ купцами-англичанами, съ которыми онъ въ дѣтнее время не разъ отправлялся то въ Южную, то въ Сѣверную Америку, то, наконецъ, въ Англію. 12-ти лѣтъ былъ опредѣленъ въ Гатчинскій Институтъ. Учился плохо, хотя и обладалъ прекрасными способностями. Изъ института былъ исключенъ за грубую пролѣ-

ку и просидѣлъ нѣкоторое время въ тюрьмѣ. Послѣ этой исторіи, больной нашъ не могъ возвратиться въ домъ своего дѣдушки и вынужденъ былъ пріискать себѣ родъ занятій. Поступилъ на почту пріемщикомъ. Прослуживъ на этой должности около года, онъ уѣхалъ съ англичанами въ Оренбургъ въ качествѣ переводчика; оттуда, спустя два года, отправился въ Цюрихъ, гдѣ нѣкоторое время слушалъ лекціи на медицинскомъ факультетѣ. Возвратившись въ Россію, онъ по началу занимался частными уроками, а потомъ поступилъ на коммерческой пароходъ въ качествѣ матроса. Побывалъ въ Японіи, Китаѣ и др. мѣстахъ, занимался контрбандой и наконецъ въ 1874 году вернулся въ Россію и поселился въ Харьковѣ безъ опредѣленныхъ занятій. До сего времени больной не позволялъ себѣ никакихъ излишествъ; но теперь, оставаясь безъ всякаго дѣла, онъ предавался разгулу: пьянство и половыя удовольствія составляли предметъ его ежедневныхъ занятій, ночлегомъ его были или полицейскій участокъ или домъ терпимости. Въ 1881 г. С. заболѣлъ твердымъ шанкромъ, вслѣдъ за которымъ въ скорости развились общія сифилитическія явленія. Лечился въ продолженіи двухъ мѣсяцевъ ртутными втираніями и іодомъ, но небрежно. Въ 1882 году больной опомнился и рѣшилъ окончательно измѣнить прежній жизнепрожигательскій образъ жизни и заняться какимъ нибудь дѣломъ. Пересталъ пить и ему скоро удалось занять мѣсто околотошнаго надзирателя, а потомъ поступилъ въ число чиновниковъ канцеляріи Губернскаго Правленія. Но, въ силу своей энергичной и предпримчивой натуры, онъ не могъ долго оставаться при этой должности. Имѣя небольшія средства, онъ открылъ коммисіонерную контору и сталъ заниматься куплей и продажей имѣній и вообще коммисіонными операціями. Дѣло пошло хорошо и больной нашъ имѣлъ большой успѣхъ.

Въ 1887 г. его начали періодически беспокоить боли въ поясницѣ и въ ногахъ, къ чему скоро присоединились недержание мочи, расстройство походки *impotentia virilis*. Обратился онъ къ врачу, пользовавшему его въ 1881 году. Врачъ установилъ у него несомнѣнный *tabes dorsalis* и назначилъ ему энергичное противусифилитическое леченіе. Но больной и теперь не особенно усердно лечился; тѣмъ не менѣе по истеченіи трехъ мѣсяцевъ онъ почувствовалъ себя значительно лучше и въ концѣ 1887 года здоровье его оправилось на столько, что онъ въ состояніи былъ осуществить давно лѣбящую мысль о женитьбѣ. Женился. Жена скоро забеременѣла; но на 3-мъ мѣсяцѣ имѣла выкидышъ и послѣ того ни разу не была беременной. Она стала часто болѣть, въ чемъ, по заключенію врачей, не мало былъ виноватъ сифилисъ мужа. Это слишкомъ огорчило его. Онъ снова принялся за свое леченіе, но измѣнившись въ худшую сторону его дѣла, для поправленія которыхъ, онъ долженъ былъ находиться внѣ дома по цѣлымъ недѣлямъ, положительно не позволяли ему выполнять назначенное леченіе. Въ іюлѣ мѣсяцѣ прошлаго 1890 года намъ неоднократно приходилось видѣть больного, пользуя его душевно-больную сестру и въ то время, кромѣ легкихъ табетическихъ явленій, онъ ничего особеннаго не обнаруживалъ; жаловался только на раздражительность, которую ставили въ связь съ занятіями и болѣзнью сестры.

Въ концѣ ноября того же года онъ сталъ жаловаться на головныя боли по ночамъ, головокруженіе, боли въ поясницѣ и болѣзненное, по временамъ произвольное, мочеиспусканіе; на ряду со всѣмъ этимъ умственные силы больного стали замѣтно падать: прежде весьма ловкій въ составленіи дѣловыхъ бумагъ онъ теперь съ большимъ трудомъ и усиліемъ справлялся даже съ самой пустой умственной работой; часто затрудняясь въ приисканіи соотвѣстнаго выраженія, бросалъ работу неоконченной. Память ослабѣла. Появились упорные запоры и бессонница; если приходилось заснуть, то не больше какъ на часъ, на два; и всякій разъ пробуждался сильно потнымъ. Вставая съ постели, испытывалъ такое головокруженіе, что долженъ былъ хвататься за что нибудь, чтобы не упасть. Ночью боялся оставаться одинъ въ комнатѣ. Жалуясь на безъотчетный страхъ. Рядомъ съ упадкомъ умственныхъ силъ у больного обнаружился упадокъ нравственности: въ разговорѣ употреблялъ самыя неприличныя выраженія; жену свою при постороннихъ называлъ публичной женщиной, поднималъ ей пологъ и нестѣсняясь никѣмъ и ничѣмъ тутъ же требовалъ отъ нея удовлетворенія своихъ половыхъ пожеланій. Дѣломъ своимъ уже совершенно не интересовался и только по настоятельной просьбѣ жены и окружающихъ въ февралѣ мѣсяцѣ этого года отправился въ Херсонскую губернію, чтобы тамъ купить предложенное ему на выгодныхъ условіяхъ имѣніе. Имѣнія купить ему не удалось, а на обратномъ пути въ Харьковъ онъ обнаружилъ полную картину помѣшательства съ идеями грандіознаго характера; такъ напр. на одной станціи онъ подалъ двѣ телеграммы: одну на Высочайшее Имя, а другую на имя губернатора. Въ послѣдней телеграммѣ онъ пишетъ: завтра моя коронація. Приказываю стрѣлять изъ пушекъ, въ противномъ случаѣ повѣшу. Спустя три дня послѣ этого больной доставленъ связаннымъ къ намъ въ лечебницу.

Status praesens. Больной роста 167 с., объемъ груди 85 с.; вѣсъ тѣла 3 п. 5 ф.; тѣлосложеніе средняго, цвѣтъ кожи блѣдный съ землисто-фіолетовымъ оттѣнкомъ: слизистыя оболочки блѣдно-розоваго цвѣта; больной вообще малокровенъ и плохо упитанъ. Въ строеніи черепа и лица замѣтна легкая ассиметрія: правая половина развита сравнительно больше; лицо продолговатое, чистое, въ языкѣ ясно выражена дрожь: въ мускулахъ губъ и вообще лица фибриллярныя и волнообразныя сокращенія. Зрачки неравномѣрны: правый больше лѣваго; первичная свѣтовая реакція ихъ слабо выражена, а вторичная вовсе отсутствуетъ; аккомодативная реакція существуетъ; стробизмовъ нѣтъ; чувствительность кожи лица ослаблена; мимика выражена слабо; доступныя изслѣдованію лимфатическія железы увеличены; на кожѣ тѣла тамъ и сямъ разбѣяны блѣдно атрофическіе рубцы. Со стороны внутреннихъ органовъ: легкихъ, печени, селезенки отклоненій отъ нормы незамѣтно; дѣятельность сердца ускоренная, толчекъ энергичный, второй тонъ акцентуированъ; пульсъ 100 въ 1' полный, но мягкій. Со стороны строенія позвоночника никакихъ отклоненій не замѣтно; чувствительность его въ области грудныхъ позвонковъ замѣтно повышена. Рефлексы пателлярный и стопный отсутствуютъ; болевое и температурное чувство сохранены, мускульное въ значи-

тельной мѣрѣ понижено: съ трудомъ опредѣляетъ положеніе конечностей при закрытыхъ глазахъ; круговое движеніе конечностями, лежа въ постели, больной выполняетъ съ трудомъ, дѣлая при этомъ разнообразныя движенія. Походка шаткая, особенно при закрытыхъ глазахъ; признакъ Romberg'a выраженъ ясно. Сфинктеръ мочевого пузыря ослабленъ; непроизвольное мочеиспусканіе. Рѣзко выраженный эротизмъ; больной пытался онанировать. Взглядъ разсѣянный, быстрый по временамъ строгій. Представленіе о пространствѣ и времени разстроено и носитъ характеръ грандіозности: въ лечебницѣ онъ уже нѣсколько лѣтъ, пріѣхалъ сюда изъ-за милліона верстъ. Сознаніе окружающей обстановки отсутствуетъ; хорошо знакомыхъ ему лицъ онъ не признаетъ и принимаетъ ихъ за вымышленныхъ имъ личностей; самочувствіе измѣнчивое: то горлоблагодушное, величественное, то съ отбѣнкомъ безразличія. Память ослаблена, галлюцинацій не замѣтно. Подвижность или вѣрнѣе стремленіе къ движеніямъ усиленно: больной вскакиваетъ съ кушетки, бѣгаетъ по комнатѣ, прыгаетъ, размахивая руками, падаетъ на полъ и катается съ неистовымъ крикомъ; рветъ бѣлье, пачкается въ своихъ испражненіяхъ; пытается бить окна, которыя къ его удивленію не разбиваются и онъ сильно сожалеетъ, что вблизи его нѣтъ ничего такого, чѣмъ бы онъ могъ вооружиться, чтобы разбить стекла, поколотить всѣхъ окружающихъ и убѣжать. Рѣчь скандирующая, съ пропусками слоговъ и не вполне внятная; голосъ хриплый, слегка дрожащій. Говоритъ, не умолкая. Ежеминутно отдастъ приказанія своимъ адъютантамъ и генераламъ которые окружаютъ его въ лицѣ прислуги и врачей; посылаетъ телеграммы и оплачиваетъ ихъ тысячами; каждаго, явившагося въ его комнату, жалуетъ въ генералы и даритъ ему милліоны рублей; въ случаѣ какого либо возраженія со стороны облагодѣтельствованнаго онъ лишаетъ его своей милости и опредѣляетъ на казнь. У него 40 т. милліардовъ рублей; нѣтъ,—банковъ и въ каждомъ банкѣ по 40 т. милліардовъ рублей. Онъ обладатель всей земли; онъ всероссійскій царь; онъ богъ, даже выше бога. Онъ строитъ несмѣтное множество желѣзныхъ дорогъ и удивляется, откуда онъ могъ набрать такую безану денегъ. Требуется, чтобы отъ одного полюса земли до другого была проведена рѣка въ 500 верстъ ширины и былъ бы приготовленъ пароходъ изъ чистаго золота, а иначе онъ не поѣдетъ изъ Харькова. Требуется, чтобы никто не смѣлъ предлагать ему вопросовъ, ибо онъ царь отъ царей и богъ боговъ. Онъ можетъ въ $\frac{1}{30}$ секунды уничтожить весь міръ. Онъ располагаетъ пѣхотой и кавалеріей въ несмѣтномъ количествѣ человекъ. Всѣхъ царей и министровъ приговорилъ къ смертной казни. «Сію минуту позвать ко мнѣ генерала Д—ко! Не идетъ.... разстрѣлять его сію минуту!... Позови брата сію секунду!... Ступай!... Ну, неидетъ!... Повѣсить его сію секунду! Всѣхъ застрѣлю, зарѣжу! Никто не смѣетъ со мной говорить, когда я говорю.... Кто не говоритъ, того жаляю.... зовѣ тебѣ генерала и милліонъ рублей въ мѣсяцъ, а тебя вею сію минуту повѣсить, потому что ты говоришь». Чины и милліарды раздаетъ вообще щедрой рукою на право и на лѣво; своихъ капиталовъ онъ не въ состояніи сосчитать: ихъ такъ много. Онъ скупилъ всю землю въ Африкѣ, Америкѣ, Азіи...

Онъ единственный хозяинъ, а мы всѣ его арендаторы; всѣ должны лежать въ низъ лицомъ и съ трепетомъ взирать на него и цѣловать его ноги и половой членъ. Нравственное чувство въ большомъ упадкѣ и на первомъ планѣ у него циничный эгоизмъ. Со стороны кишечника запоръ; языкъ обложенъ желтоватымъ налетомъ. Почеркъ письма довольно ровный и кое гдѣ замѣтна лишь зигзагообразность, какъ указаніе на незначительную дрожь въ рукахъ. Въ самомъ письмѣ много пропусковъ и недописокъ; напр., слово Государь пишетъ «Государ», слово Всероссийскій пишетъ «Всоссій»; войскахъ пишетъ «войскъ» и т. п.

14/11. Ночью не спалъ. Шумить, рветъ бѣлье; испражняется похъ себя и испражнениями пачкаетъ постель и стѣны комнаты. Преписываетъ выстроить желѣзную дорогу вокругъ земли и чтобы дорога эта была подъ стеклянными колпаками съ кранами..... открыть кранъ и будетъ дождь. *Curotio*: Теплая ванна. *Ung. Hydragr. ciner.* Зѣ втирать и *Natr. Iodoti cum Natr. Bromat* по гр. 20 въ сутки. 15/11. Ночью опять не спалъ; все время отдавалъ приказанія. Вылилъ принесенное ему молоко въ лицо служителя и бросилъ въ него стаканъ за то, что тотъ осмѣлился напомнить его высоковеличеству пить. Постоянно жестикулируетъ, говорить безостановочно, торопливо; рѣчь безсвязная и нить ея уловить очень трудно. Заявляетъ, что онъ купилъ землю всего свѣта и заплатилъ по семь рублей за десятину; строить парохоль со стекляннымъ колпакомъ, подъ который помѣститъ людей всего міра и каждому дать по миллиону рублей. Послалъ депеши всѣмъ министрамъ и обошелся безъ телеграфа, такъ какъ его голосъ слышенъ на всю вселенную. На предложеніе отказаться отъ его царства и взамѣнъ того получить свободу говоритъ: нѣтъ, не желаю... и Христосъ въѣдъ страдалъ.... Ъсть охотно.—предпочтительно жидкую пищу, хотя со стороны глотательнаго аппарата никакихъ разстройствъ незамѣтно. Лечение тоже. 16/11. Ночью немного спалъ. Ажитация и гиперболизмъ тѣже. Строить желѣзную дорогу, причеъ рельсы, во избѣжаніе столкновений, будутъ имѣть особыя отводы, а во избѣжаніе сжогденія поѣзда, они будутъ имѣть высоту 3-хъ верстъ. По этой дорогѣ поѣздъ будетъ объѣзжать вокругъ земли въ одну секунду. Лечение тоже. 17/11. Ночью спалъ около 2-хъ часовъ. Возбужденъ меньше. Снялъ панталоны и хотѣлъ изъ нихъ устроить телефонъ; впрочемъ, говорить, это лишнее: мой голосъ безъ того вся вселенная слышитъ. Требуется экстренный поѣздъ ѣхать въ С.-Петербургъ, Харьковъ и Парижъ. Дрожь въ языкѣ и губахъ ясно выражена. Мочится произвольно. Вечеромъ былъ небольшой промежутокъ просвѣтленія сознания: онъ созналъ, что находится въ лечебницѣ, что онъ всего лишь коммиссіонеръ и что ему необходимо лечиться. Лечение: Сѣрная ванна 32° R. и все остальное продолжать. 18/11. Ночью почти не спалъ. Опять возбужденъ. Бьетъ по цѣлымъ часамъ окна руками, ногами, колѣнами и локтями и удивляется, что онъ, всемірный владѣтель, не въ состояніи разбить стекла. Бредъ грандіозности и потемненное сознание по прежнему. Ъсть хорошо. Лечение тоже. 19/11. Временами въ теченіи дня бываютъ просвѣтленія сознания; минутъ на 5 на 10, когда больной разумно отвѣчаетъ на вопросы, но это состояніе скоро смѣняется обычнымъ его бредомъ. Прел-

полагаетъ заключить весь земной шаръ въ золотое яйцо. Спитъ мало. Лечение: втиранія и *Natr. Iodat.* по 3j въ сутки. Сѣрная 32⁰ R. ванна. 20/11. Требуется поѣздъ и чтобы онъ былъ готовъ 1/1000000 секунды. Просвѣтленіе сознанія все чаще и чаще. Въ минуты просвѣтленія сознаетъ, что онъ дѣйствительно былъ сумашедшій и считалъ себя царемъ. 22/11. Значительно покойнѣй. Ночью спалъ около 5 часовъ и днемъ часа 2. Бредъ выраженъ слабѣй. Яснѣй припоминаетъ прошлыя событія. Пульсъ 82—96. Мочу теряетъ. 23/11. Больной больше не бунтуетъ, но бредитъ по прежнему; старается убѣдить въ логичности своихъ выводовъ относительно золотого яйца, въ которое вложить весь земной шаръ; наполнить яйцо водородомъ и оно будетъ летать. Проситъ одѣть его по приличію. Высказываетъ опасеніе, что дѣла въ его конторѣ запутаются безъ него. Спалъ ночью хорошо. Опрятнѣй. Лечение тоже и сѣрная ванна. 24/11. Утромъ бредъ грандіозности и скачка идей по прежнему. Больному предложено поставить мушку на шею и онъ охотно на это согласился, чего впервые дни достигнуть не удалось. Онъ проситъ что угодно дѣлать съ нимъ, лишь бы не сошелъ съ ума. Сегодня больше плачетъ. Опасается припадковъ сумашествія и проситъ, чтобы прислуга ночевала въ его комнатѣ. Мочу по прежнему теряетъ. Лечение: *Vasicatogium ad pisham* и все остальное продолжать. 26/11. Бредъ грандіозности по прежнему; часто приходитъ въ раздраженіе и грозитъ окружающимъ смертью, то вдругъ дѣлается милостивымъ, — даритъ всѣмъ чины и милліоны. Среди этого бреда минутами являются ясные промежутки и сознаніе, что онъ сходилъ съ ума. Въ эти моменты больной сознаетъ, что онъ говорилъ глупости, что онъ обыкновенный смертный, но вскорѣ снова начинаетъ глупить и бредить. Лечение тоже и сѣрная ванна. 27/11. Спитъ по ночамъ хорошо. Ъсть достаточно. Всѣ тѣла прибавился на 4 ф. Бредъ грандіозности гораздо слабѣй: милліоны уже не роздаетъ, желѣзныхъ дорогъ не строить; онъ теперь не богъ и не царь, а только министръ въ своемъ родѣ и сравнительно богатый человѣкъ. Лечение тоже. 28/11. Сонъ и аппетитъ хорошіе, отправленіе кишечника регулярное. Значительно покойнѣй. Отъ прежнихъ грандіозныхъ идей лишь осколки; ослабленія умственныхъ способностей не замѣтно; способность припоминанія и запоминанія улучшаются. Временами быстро измѣнчивое настроеніе духа: то онъ гордъ и доволенъ, когда говоритъ о своемъ величіи, то грустенъ и плаксивъ и считаетъ себя несчастнымъ, цѣлуетъ руки у врача и кланяется ему въ ноги. Сфинктеръ мочевого пузыря, повидимому, работаетъ лучше: мочится рѣже и не всегда произвольно. Лечение тоже и кромѣ того *T-ra Nuc. vomicar. Sol. arsen. Fowleri aa 3j. Aq. Destillat. 3j. Mds.* по 25 кап. три раза въ день. 1/111. Выражаетъ желаніе быть слесаремъ, такъ какъ у него прекрасно развиты мускулы и онъ чувствуетъ въ себѣ достаточно силы. Предполагаетъ построить кузницу въ Grand-Hotel, нанять рабочихъ, которымъ будетъ платить по 300 рублей въ мѣсяцъ каждому и пригласить женщинъ, которыя будутъ пролавать вино по 5 руб. за рюмку. Лечение тоже. Сѣрная ванна. 3/111. Больной значительно покойнѣй; отрывочный бредъ грандіозности является при условіи, когда больной долго разговариваетъ. Ясно сознаетъ свое положе-

ніе. На вопросы—кто онъ и чѣмъ занимался—отвѣтъ: я дворянинъ, въ послѣднее время занимался комиссіонными операціями и по выходѣ изъ лечебницы намѣренъ продолжать это дѣло. Удалось собрать мочи 960 с.с. Походка по тверже, охотно прогуливается во дворѣ, ходитъ довольно оживленно. Лечение тоже. 6/111. Психическая сфера проясняется; бредъ грандіозности почти отсутствуетъ. Свѣтовая реакція зрачковъ выражена яснѣй; зрачки по временамъ равномѣрны. Лечение тоже, кромѣ втираній. Сѣрные ванны ежедневно. 10/111. Говоритъ осмысленно, на вопросы отвѣты даетъ вполнѣ разумные, хотя при продолжительномъ съ нимъ разговорѣ они не всегда бываютъ удачны: больной какъ будто забываетъ и смѣшиваетъ нѣкоторые обстоятельства своей жизни. По ночамъ непроизвольное мочеиспусканіе. 12/111. Бредъ отсутствуетъ. Написалъ разумное дѣловое письмо. Походка устойчивѣй и ровнѣй; на прогулкѣ ходитъ скоро и твердо. Жалуется на легкую общую слабость. Соображаетъ хорошо; счисленія производить скоро и правильно. 14/111. Дрожаніе языка и губъ гораздо меньше. Немного ажитированъ. Минутно являются осколки бывшего бреда, отъ которыхъ онъ сейчасъ же отказывается. Количество мочи 975. Непроизвольное мочеотдѣленіе не каждую ночь. Въ вѣсѣ прибавился еще на 5 ф. 17/111. Бреда нѣтъ. Атактическія явленія значительно меньше, хотя признаки Romberg'a ясно выражены и пателлярный рефлексъ отсутствуетъ. Natr. Jodatum и сѣрные ванны отмѣнены. Назначены электрическія ванны биполярныя. 20/111. Покоенъ. Съ интересомъ и охотно читаетъ газеты. Выходитъ изъ лечебницы въ свою контору. Озабоченъ комиссіонными дѣлами, которыя у него теперь въ застоѣ. Отъ всѣхъ бывшихъ бредовыхъ идей отказывается. 26/111. Сужденія и умозаключенія больного не имѣютъ ничего ненормальнаго. Ясно сознаетъ, что онъ былъ боленъ, да и теперь не совсѣмъ здоровъ и желаетъ лечиться, строго подчиняясь всѣмъ предписаніямъ врача. Сожалѣетъ только о томъ, что не можетъ долго оставаться въ лечебницѣ въ виду запущенности дѣла въ его конторѣ. 31/111. Больной оставилъ лечебницу съ тѣмъ, чтобы дома продолжать лечение, пользуясь каковымъ, онъ съ каждымъ днемъ все больше и больше чувствовалъ укрѣпленіе силъ и, какъ любезно сообщилъ намъ д-ръ Поляковъ, пользовавшій больного на дому, умственная его дѣятельность не имѣла рѣзкаго отпечатка ослабленія; съ дѣлами справлялся прекрасно и вотъ прошло 6 мѣсяцевъ по выходѣ больного изъ лечебницы, онъ съ успѣхомъ продолжаетъ вести свои комиссіонныя операціи.

Такимъ образомъ, подводя итогъ даннымъ исторіи нашего случая, мы въ общемъ получаемъ слѣдующее: пьянство родителей и семейное предрасположеніе къ психозамъ, усиленную нервную дѣятельность въ борьбѣ съ житейскими неурядицами, злоупотребленіе алкоголемъ, зараженіе сифилисомъ и небрежное его лечение; спустя 6 лѣтъ послѣ того заболѣваніе *tabes*'омъ и поправленіе отъ этой болѣзни при антисифилитическомъ леченіи, и, наконецъ, чрезъ 10 лѣтъ заболѣваніе прогрессивнымъ параличамъ помѣшанныхъ, отъ котораго

больной оправился, пользуясь тоже противосифилитическими средствами. Какъ понимать настоящее состояніе нашего больного, т. е. считать ли его выздоравливающимъ, или въ состояніи *intervalli lucidi*—рѣшеніе этого вопроса предоставимъ времени и условіямъ, при какихъ онъ будутъ жить и работать, а теперь установимъ тотъ фактъ, что онъ былъ одержимъ острой формой прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ и, пользуясь наряду съ другими средствами по преимуществу противосифилитическими, оправился настолько, что въ состояніи исполнять свои довольно сложныя дѣла, быть семьяниномъ и вообще полезнымъ дѣятелемъ; словомъ терапія въ данномъ случаѣ достигла того, что при острой формѣ прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ, бываетъ очень рѣдко, а по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, даже никогда. Что въ нашемъ случаѣ мы имѣли дѣло съ острой формой прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ, въ этомъ едва ли можно сомнѣваться.

Всѣ симптомы, характерные для этой болѣзни, были на лицо: вступительный періодъ, длившійся сравнительно не долго, выразился утратой въ сферахъ нравственной и умственной, головными болями, головокруженіемъ, безсонницей, неясностью мыслей и раздражительностью. Все это быстро перешло въ неистовство съ полнымъ разстройствомъ сознанія, вихремъ безумныхъ идей и безсмысленнымъ грандіознымъ бредомъ: онъ царь, онъ правитель всего міра, онъ устраиваетъ желѣзную дорогу вокругъ земли и кругосвѣтное путешествіе въ $\frac{1}{1000000}$ секунды, онъ проводитъ огъ полюса до полюса рѣку шириной въ 300 верстъ и ѣдетъ по ней въ золотомъ пароходѣ; онъ устраиваетъ пароходъ съ стеклянными колпаками и садитъ на него людей всего земного шара, награждая каждого миліономъ рублей; весь міръ онъ заключаетъ въ золотое яйцо и его голосъ слышенъ всему міру и т. п. При всемъ этомъ больной не терпитъ ни противорѣчій, ни поправокъ и всякаго, кто осмѣлится ему возражать, онъ обрекаетъ на смертную казнь; малѣйшая поправка нелѣпостей приводитъ его въ еще большее возбужденіе и вообще онъ проявляетъ полную неуступчивость въ своихъ идеяхъ. На ряду съ этимъ: неравномерность зрачковъ, характерная дрожь въ языкѣ и

сильныя характерныя фибриллярныя подергиванья въ мускулахъ губъ и всего лица, неудержимое стремленіе къ движенію съ наклонностью все разрушать и пачкаться въ своихъ отдѣленіяхъ, безнравственность, циничность, эгоизмъ, наконецъ, недержаніе мочи, ясно выраженная атаксія, скандированная рѣчь и характерное письмо съ пропусками и недописками. Все это какъ нельзя больше характеризуетъ нашего больного, какъ одержимаго *paralysi progressiva alienatogum vege*, а въ виду того, что болѣзнь протекала сравнительно не долго, мы вправѣ назвать ее «*acuta*».

Справедливость діагноза въ данномъ случаѣ еще больше подтверждается сопоставленіемъ клинической его картины, главнымъ образомъ характера бреда, съ тѣмъ, что говорятъ объ отличительныхъ признакахъ настоящаго прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ такіе авторитеты, какъ Fournier, Ковалевскій и другіе. Такъ, Fournier говоритъ: что можетъ быть характернѣе такого психическаго состоянія больныхъ прогрессивныхъ паралитиковъ, когда они вполнѣ довольны самими собой, своимъ здоровьемъ, своимъ громаднымъ состояніемъ и талантами? Они считаютъ себя любимцами судьбы, великими ораторами, царями, пророками и т. д. Они постоянно заняты грандіозными планами, долженствующими измѣнить поверхность земли, сотворить людей въ тридцать аршинъ вышины, построить города изъ золота, приготовить угощеніе всего міра на столѣ въ тысячу верстъ и т. д. При ложномъ сифилитическомъ параличѣ мы не найдемъ ничего подобнаго. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ этой болѣзни идеи грандіознаго бреда, столь свойственныя прогрессивному параличу, отсутствуютъ ¹⁾. Проф. Ковалевскій говоритъ, что сифилитическій ложный параличъ почти никогда не наступаетъ такъ быстро, какъ общій параличъ; въ первомъ всегда преобладаютъ дементныя явленія, причемъ бредъ грандіозности или вовсе отсутствуетъ, или если присутствуетъ, то далеко не въ такой яркой и разительной формѣ, представляя скорѣй осколки бреда грандіозности, нежели самый бредъ грандіозности ²⁾. У нашего же больного болѣзнь

¹⁾ *Fournier*, Сифилисъ мозга, стр. 218.

²⁾ *П. И. Ковалевскій*, Психіатрія, т. II, стр. 413.

развилась сравнительно быстро и бредъ грандіозности, тщеславія и честолюбія были выражены въ яркой и разительной формѣ. Наконецъ и симптомы разстройства движеній, какъ-то: характеръ дрожи, отсутствіе настоящихъ параличей, гемиплегій и т. п. также много говорятъ въ пользу истиннаго прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ, а не какой либо другой подобной болѣзни.

Такимъ образомъ, имѣя дѣло съ прогрессивнымъ параличемъ помѣшанныхъ у человѣка, раньше болѣвшаго, какъ это видно изъ исторіи его болѣзни, сифилисомъ, намъ предстояла необходимость разъяснить слѣдующіе два вопроса: первый, какъ смотрѣть на сифилисъ въ нашемъ случаѣ, т. е. принимать ли его за существенную причину паралича, или считать его лишь случайнымъ моментомъ?—второй, чисто практическій: какую терапію примѣнить къ нашему больному, т. е. ограничиться ли одними противонервными средствами, или присоединить еще и противосифилитическія? Разъясненіе этихъ вопросовъ тѣмъ болѣе имѣло для насъ значеніе, что въ послѣднее время нѣкоторые изслѣдователи, выходя изъ того положенія, что сифилисъ является моментомъ, лишь обнаруживающимъ прогрессивный параличъ, предрасположеніе къ которому дается отъ рожденія, высказываются рѣшительно противъ примѣненія противосифилитическихъ средствъ, особенно ртути, при леченіи прогрессивнаго паралича у лицъ, страдавшихъ сифилисомъ.

Просматривая доступную намъ литературу по этимъ вопросамъ, мы натолкнулись на цѣлый рядъ хотя авторитетныхъ и солидныхъ, но, къ сожалѣнію, противорѣчивыхъ работъ. На IV Съѣздѣ Русскихъ Врачей многоуважаемый проф. В. М. Тарновскій въ своемъ сообщеніи: «сифилисъ мозга и его отношеніе къ другимъ заболѣваніямъ нервной системы» между прочимъ говоритъ, что *paralysis progressiva* никогда не составляетъ проявленія сифилиса и что меркуріальное леченіе этой болѣзни должно быть совершенно исключено даже у больныхъ, имѣвшихъ въ анамнезѣ несомнѣнный сифилисъ. Специфическое леченіе настоящаго прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ у сифилитиковъ, по мнѣнію уважаемаго профессора, есть дѣяніе, направ-

ленное развѣ только къ тому, чтобы сказать: сдѣлано все, что возможно,—больной умеръ *lege artis*,—такъ какъ во всѣхъ случаяхъ прогрессивнаго паралича у сифилитиковъ, которые ему удалось прослѣдить отъ начала нервнаго заболѣванія, безъ единого исключенія специфическое леченіе, какъ бы рано оно ни было предпринято, никогда не давало выздоровленія—болѣзнь всегда оканчивалась смертію и тѣмъ скорѣй, чѣмъ болѣе злоупотребляли меркуріемъ¹⁾. Подобнаго же взгляда держатся и нѣкоторые другіе изслѣдователи, по мнѣнію которыхъ сифилисъ не играетъ выдающейся роли по отношенію къ прогрессивному параличу, а является только однимъ изъ случайныхъ моментовъ, окончательно нарушающимъ умственное равновѣсіе и тѣмъ самымъ способствующимъ человѣку, къ тому предрасположенному, подвергнуться душевному заболѣванію. А коль скоро это такъ, то о специфическомъ леченіи нервныхъ заболѣваній въ томъ числѣ, конечно, и прогрессивнаго паралича у сифилитиковъ и рѣчи быть не можетъ; оно кромѣ вреда, ничего другого не приноситъ. Отдавая полную дань справедливости выводамъ этихъ почтенныхъ изслѣдователей, слѣдуя ихъ авторитетному отрицанію существенной связи прогрессивнаго паралича съ сифилисомъ и пользы леченія паралича у сифилитиковъ специфическими средствами, мы должны бы были сказать, что и у нашего больного сифилисъ имѣетъ случайное отношеніе къ прогрессивному параличу и терапія его должна состоять только изъ противонервныхъ средствъ. Но остановившись на такомъ рѣшеніи, мы бы поступили вопреки выводамъ и положеніямъ, выработаннымъ практикой многихъ другихъ, далеко не менѣе авторитетныхъ авторовъ, которые сифилису придаютъ большое значеніе, какъ причинному моменту прогрессивнаго паралича, и тому соотвѣтственно большинство изъ нихъ, охотно рекомендуетъ противосифилитическое леченіе послѣдняго у сифилитиковъ. Такъ, проф. Obersteiner, на основаніи данныхъ, полученныхъ отъ 1000 душевно-больныхъ, побывавшихъ въ его заведеніи, приходитъ къ заключенію, что сифилисъ играетъ существенную роль въ при-

1) Проф. Тарновскій, Сифилисъ мозга etc. Медицина 1891 г. № 4.

чинности прогрессивнаго паралича ¹⁾). Проф. Adolf Strümpel также признаетъ большое значеніе за сифилисомъ, какъ причиннымъ моментомъ прогрессивнаго паралича и особенно настаиваетъ на такой этиологіи этого заболѣванія при появленіи его у лицъ крайнихъ возрастовъ ²⁾). Dr Morel—Lavallee и Belieres въ своей работѣ: *Syphilis et paralysis generale* 1889 г. устанавливаютъ фактъ, что бывають случаи истиннаго паралича, въ числѣ этиологическихъ моментовъ которыхъ стоитъ сифилисъ и частота появленія этого этиологическаго момента въ общемъ параличѣ прямо пропорціональна полнотѣ и точности собранныхъ анамнестическихъ данныхъ ³⁾). Проф. П. И. Ковалевскій въ числѣ важныхъ причинъ прогрессивнаго паралича ставитъ сифилисъ и при явныхъ слѣдахъ сифилиса рекомендуетъ прибѣгать къ тщательному антисифилитическому леченію ⁴⁾). Въ послѣднее время появилась работа Dr Hutchinson'a, который между прочимъ говоритъ, что особенно большую пользу можетъ принести ртутное леченіе тамъ, гдѣ въ основѣ болѣзни лежитъ сифилисъ и въ этомъ отношеніи на первомъ планѣ стоитъ общій параличъ помѣшанныхъ. Въ этихъ случаяхъ авторъ видѣлъ величайшую пользу отъ примѣненія ртутнаго леченія и гораздо большую, чѣмъ отъ іодистаго. На ряду съ этимъ онъ устанавливаетъ еще и тотъ фактъ, что введеніе въ организмъ ртути при леченіи различныхъ болѣзней далеко не такъ опасно и вредно, какъ объ этомъ думали раньше. Ему приходилось примѣнять ртуть во многихъ случаяхъ, гдѣ даже не было основанія для принятія сифилиса и онъ никогда не видѣлъ отъ этого ничего дурнаго ⁵⁾). Наконецъ, въ пользу примѣненія антисифилитическаго леченія случаевъ нервнаго заболѣванія, гдѣ имѣетъ мѣсто сифилисъ, какъ причинный моментъ, въ послѣднее время высказался даже проф. Charcot, который, особенно, въ случаяхъ врожденныхъ совѣтуетъ упо-

1) *Obersteiner*, Wien. med. Wochenschrift. 1883 г. №№ 33.—34.

2) *Strümpel*, Neurologisches Centralblatt. 1888 г. № 5.

3) Архивъ психіатріи, т. XVIII, № 2.

4) П. И. Ковалевскій, Психіатрія. 1890 г., стр. 399 и 401.

5) *Dr Hutchinson*, The modern Treatement of Syphilis. The Practitioner, 1891 г.

треблять болѣе продолжительное и энергичное противосифилитическое леченіе, чѣмъ при благопріобрѣтенномъ сифилисѣ мозга ¹⁾).

Такимъ образомъ, существующіе взгляды на отношеніе сифилиса къ прогрессивному параличу и на леченіе послѣдняго у сифилитиковъ различныхъ авторовъ діаметрально противоположны и вопросы: считать ли сифилисъ за существенную причину прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ и слѣдуетъ ли лечить послѣдній у сифилитиковъ противосифилитическими средствами — остаются открытыми и неопредѣленными. Чѣмъ объяснить такое противорѣчіе взглядовъ, почему одно и тоже явленіе понимается различными изслѣдователями различно?—Въ подробности разъясненія этого вопроса мы входить не будемъ и позволимъ себѣ ограничиться лишь замѣчаніемъ слѣдующаго содержанія: каждый изслѣдователь, оперируя надъ извѣстнымъ, относительно ограниченнымъ числомъ больныхъ, и получая отъ нихъ тѣ или другіе выводы, можетъ быть совершенно правъ лишь по отношенію къ его матеріалу, въ составъ котораго входили: Ивановъ, Сейдеръ и Шмидтъ,—но то, что безспорно справедливо по отношенію Иванова, Сейдера и Шмидта, не можетъ быть обязательно для Сидорова, Петрова и т. д.; такъ какъ всѣ эти Ивановъ, Сейдеръ, Шмидтъ, Сидоровъ и Петровъ представляютъ собой не простыя явленія, а сложные организмы, отличающіеся другъ отъ друга массой индивидуальностей, массой особенностей, стчасти унаслѣдованныхъ, отчасти благопріобрѣтенныхъ; въ виду чего, по нашему мнѣнію, въ настоящее время едва ли можно давать точное и опредѣленное рѣшеніе этихъ вопросовъ. Крайне опредѣленные рѣшенія ихъ всегда будутъ имѣть отпечатокъ или увлеченія, или предвзятаго направленія, или, наконецъ, предубѣжденія. Если можно рассчитывать на какое либо рѣшеніе въ данномъ случаѣ, то развѣ только на рѣшеніе относительной и болѣе или менѣе вѣроятной точности въ ту или другую сторону. Принимать же за окончательное разрѣшеніе этихъ вопросовъ выводы авторитетовъ, по крайнѣй мѣрѣ, при настоящемъ по-

¹⁾ Архивъ психіатріи, Т. XVIII, № 2.

ложеніи дѣла, значило бы идти въ разрѣзъ съ принципомъ индивидуализаціи и требованія научно-объективнаго изученія каждаго отдѣльнаго случая.

По вопросу о леченіи прогрессивнаго паралича у сифилитиковъ мы ввиду многихъ случаевъ изъ своей практики не можемъ не согласиться съ вышеприведенными мнѣніями Hutchinson'a, Gharcot и Strümpel'я, который, разсуждая о леченіи tabes, болѣзни аналогичной прогрессивному параличу, у сифилитиковъ, между прочимъ, говоритъ, что, на основаніи многочисленныхъ клиническихъ наблюденій, можно видѣть, какъ часто получаютъ значительныя улучшенія подѣ влияніемъ антисифилитическаго леченія и что въ сомнительныхъ случаяхъ лучше лишній разъ употребить леченіе ртутью, даже если бы оно оказалось и бесполезнымъ, чѣмъ не сдѣлать того, что могло бы помочь ¹⁾). Намъ лично неоднократно въ практикѣ своей приходилось убѣждаться въ пользѣ подобныхъ пробъ энергичнаго противосифилитическаго леченія сомнительныхъ въ смыслѣ причинъ случаевъ нервныхъ и душевныхъ заболѣваній и мы никогда въ этомъ не раскаивались.

Для иллюстраціи позволю себѣ привести здѣсь вкратцѣ слѣдующіе три случая: 1) Больной Ф—анъ, еврей, 45 лѣтъ, въ 1880 г. болѣлъ какимъ-то неопредѣленнымъ психозомъ, а въ 1882 г. поступилъ въ Полтавскій домъ умалишенныхъ съ ясно выраженными признаками прогрессивнаго паралича. Указаній на сифилисъ въ анамнезѣ не было, а между тѣмъ на кожѣ, особенно, нижнихъ конечностей характерныя рубцы и доступныя изслѣдованію лимфатическія железы увеличены. Въ январѣ мѣсяцѣ 1883 г. недержаніе мочи, непроизвольныя испражненія и больной оставался въ постели. Рѣшено испробовать ртутное леченіе вмѣстѣ съ іодомъ. Въ маѣ мѣсяцѣ больной въ состояніи выходить въ садъ и исполнять легкія работы; въ іюнѣ умственно оправился настолько, что проявлялъ интересы къ семьѣ и своимъ коммерческимъ дѣламъ, а въ іюлѣ выписался изъ лечебницы въ такомъ удовлетворительномъ состояніи, что съ успѣхомъ продолжалъ свои торговыя дѣла. Въ 1884 году этого больного я имѣлъ случай

¹⁾ *Strümpel*, Сущность и леченіе tabes. Переводъ д-ра Платова.

видѣть, и онъ кромѣ незначительныхъ пробѣловъ, другаго ничего не представлялъ. *Случай 2.* Начальникъ телеграфной станціи Д-въ, 38-ми лѣтъ, въ февралѣ 1884 года поступилъ въ больницу съ явленіями прогрессивнаго паралича: грандіозный бредъ выраженъ былъ рѣзко, безпокойство, доходившее до неистовства, затрудненная рѣчь, характерное письмо и дрожь въ языкѣ и мускулахъ лица. Въ анамнезѣ есть указанія на сифилисъ, бывший у больного 6 лѣтъ назадъ. Относительно наслѣдственности ничего выяснить не удалось. Лечение состояло въ примѣненіи ртутныхъ втираній и іодистыхъ препаратовъ внутрь на ряду съ другими чисто противонервными средствами. Въ результатѣ больной выписался изъ больницы и вступилъ въ отправленіе своихъ обязанностей. *Случай 3.* Отставной рядовой А-евъ, 37 лѣтъ, въ апрѣлѣ 1882 г. поступилъ въ больницу въ состояніи сильнаго возбужденія съ галлюцинаторнымъ бредомъ. Во время приступа буйства убилъ служителя. Анамнестическихъ свѣдѣній никакихъ. Осмотръ больного обнаружилъ періоститъ и вполнѣ развитой *iritis oculi sinistri*. Назначено энергичное, противосифилитическое лечение. Спустя 4 мѣсяца больной оправился и послѣ того нѣкоторое время мы имѣли возможность наблюдать его, когда онъ былъ въ глазномъ отдѣленіи той же больницы для операціи на лѣвомъ глазу.

На ряду съ этими и подобными имъ случаями приходилось намъ наблюдать и такіе, гдѣ при явныхъ уликахъ сифилиса антисифилитическое лечение оставалось бесполезнымъ; при чемъ въ большинствѣ этихъ случаевъ приходилось намъ устанавливать подчасъ довольно серьезныя осложненія со стороны печени и кровеносной, особенно венозной, системы, свидѣтельствовавшія о венозныхъ застояхъ вообще и разстройствѣ кровообращенія.

Возвращаясь къ нашему настоящему случаю и просматривая исторію его болѣзни, мы, въ разъясненіе вопроса объ отношеніи сифилиса къ прогрессивному параличу, находимъ слѣдующія данныя: въ 1881 году больной нашъ заболѣлъ твердымъ шанкромъ съ послѣдовательными явленіями общаго сифилиса; лечился онъ въ теченіи только двухъ мѣсяцевъ, да и то неб-

режно,—почти одновременно съ этимъ онъ оставляетъ пить алкогольные напитки. Спустя 6 лѣтъ послѣ зараженія сифилисомъ онъ заболѣлъ *tabes*'омъ; выдержалъ трехмѣсячный срокъ противусифилитическаго леченія и почувствовалъ себя настолько лучше, что вполне успокоился на счетъ дальнѣйшей судьбы своего здоровья; но спустя три года онъ заболѣлъ прогрессивнымъ параличемъ, съ каковымъ и поступилъ въ лечебницу, гдѣ кромѣ того установлены табетическія явленія, характерныя рубцы и увеличенныя лимфатическія железы. Такимъ образомъ мы имѣемъ несомнѣнныя улики въ пользу того, что больной нашъ болѣлъ сифилисомъ, оставшимся, что можно допустить съ большою вѣроятностью, недолѣченнымъ, что онъ и въ настоящее время, повидимому, не свободенъ отъ сифилитической инфекціи. Это одно.

Съ другой стороны, черезъ шесть лѣтъ послѣ зараженія сифилисомъ у него развился *tabes*, который, какъ показываютъ изслѣдованія Strümpel'я, Erb'a и др., съ вѣроятностью отъ 70%—89% находится въ связи съ сифилитической инфекціей, и въ нашемъ случаѣ эта связь тѣмъ болѣе вѣроятна, что при противосифилитическомъ леченіи больной въ значительной мѣрѣ оправился отъ табетическихъ симптомовъ. Далѣе, въ изслѣдованіяхъ Köberlin'a, Tomsen'a, Strümpel'я и др. есть указанія на то, что между *tabes*, съ одной стороны, и прогрессивнымъ параличемъ, съ другой, существуетъ большая аналогія. Strümpel, напр. говоритъ, что прогрессивный параличъ есть *tabes* головного мозга ¹⁾. Коль скоро такъ, то въ нашемъ случаѣ мы съ большою вѣроятностью можемъ допустить интимное отношеніе паралича къ *tabes*; и если мы имѣли основаніе признать *tabes* у нашего больного сифилитическаго происхожденія, то *eo ipso* вытекаетъ возможность признать и прогрессивный параличъ у него сифилитическаго происхожденія. Словомъ, въ виду всѣхъ этихъ соображеній въ нашемъ случаѣ мы съ большою вѣроятностью можемъ смотрѣть на сифилисъ, какъ на существенную причину прогрессивнаго паралича. Приходя къ такому заключенію, мы не желаемъ этимъ

¹⁾ Strümpel, Neurologisches Centralblatt. 1886. № 19.

сказать, что больной нашъ заболѣлъ параличемъ исключительно потому, что онъ только сифилитикъ. Нѣтъ. Для этого у него были и другія побудительныя причины, какъ-то: наслѣдственное и семейное предрасположеніе къ психозамъ, цѣлый рядъ житейскихъ неурядицъ, въ борьбѣ съ которыми онъ не мало подорвалъ свою инвалидную нервную систему и, отчасти, и пьянство. Но эти причины имѣли значеніе только предрасполагающихъ моментовъ, благодаря которымъ мозгъ нашего больного представлялъ собой *locum minoris resistentiae*. Онѣ только помогли сифилису сдѣлать то, что нашъ больной заболѣлъ именно прогрессивнымъ параличемъ, котораго у него могло бы и не быть, не болѣй онъ сифилисомъ.

Переходя теперь къ вопросу о терапіи нашего больного, мы, въ виду высказанныхъ соображеній о значеніи у него сифилиса, смѣло остановились на примѣненіи на ряду съ противо-нервными средствами и противосифилитическихъ мѣръ леченія, главнымъ образомъ, ртути. Больному съ перваго же дня поступленія въ лечебницу были назначены ртутныя втиранія. Ежедневно онъ получалъ по \mathfrak{z} j ung. hydrarg, dr. XX kali bromati и до \mathfrak{z} s въ сутки kali jodati и кромѣ того черезъ каждые три дня сѣрные ванны 32° R. Результатъ получился вполне удовлетворительный. Больному не только не стало хуже, но онъ оправился и получилъ возможность снова жить свободной жизнью и съ пользою работать.

Такимъ образомъ, нашъ случай представляетъ интересъ въ смыслѣ подтвержденія справедливости положенія, что выводы, полученные отъ 800 случаевъ, не могутъ быть обязательны для 801 случая, и что при опредѣленіи причинныхъ моментовъ и средствъ леченія каждого даннаго случая необходимо первѣе всего удовлетворять требованіямъ индивидуализаціи и научно-объективной точкѣ зрѣнія, а не быть слишкомъ послушнымъ послѣдователемъ заявленій авторитетовъ, которымъ, какъ и вообще всякому смертному, свойственны увлеченія и, пожалуй, ошибки. Помимо того нашъ случай представляетъ и другой, чисто-научный, интересъ; именно: здѣсь наблюдается сочетаніе прогрессивнаго паралича съ *tabes*, при чемъ послѣд-

ній предшествовалъ первому. Фактъ одновременнаго существованія этихъ двухъ болѣзней въ послѣднее время устанавливается все чаще и чаще. Такъ на- прим., въ 1885 г. Baillarger говорилъ, что ему извѣ- стень лишь одинъ случай сочетанія двухъ болѣзней ¹⁾; тогда какъ въ 1890 г. мы встрѣчаемъ такіа свѣдѣнія, что въ частной лечебницѣ Dr Herz'a въ Боннѣ между 24 паралитиками было найдено 66% табетиковъ ²⁾. Та- кое частое совпаденіе *tabes* съ прогрессивнымъ парали- чемъ невольно наводитъ на предположеніе о генетической связи двухъ болѣзней, въ чемъ большинство изслѣдо- вателей, кажется, уже не сомнѣвается. Неизвѣстна только сущность этой связи; но изученіе случаевъ по- добнаго сочетанія, какъ въ нашемъ случаѣ, можетъ до нѣкоторой степени пролить свѣтъ и на этотъ вопросъ.

Въ заключеніе мы позволимъ себѣ высказать слѣ- дующія положенія.

1. Вопросъ о причинномъ отношеніи сифилиса къ прогрессивному параличу помѣшанныхъ остается откры- тымъ и будетъ ли онъ когда рѣшенъ съ положитель- ной опредѣленностью—въ этомъ можно пока сомнѣ- ваться, такъ какъ рѣшающія его данныя во многомъ зависятъ какъ отъ изслѣдователя, такъ и отъ изслѣ- дуемаго, а потому и не могутъ имѣть абсолютной общности.

2. Какъ категорическое отрицаніе причиннаго зна- ченія сифилиса по отношенію къ прогрессивному параличу, такъ равно и положительное утвержденіе этого—есть крайности, не имѣющія за собой строго фактическаго оправданія. Есть случаи прогрессивнаго паралича несифилитическаго происхожденія, и, наобо- ротъ, есть случаи, гдѣ прогрессивный параличъ обя- занъ сифилису.

3. При опредѣленіи ближайшей и существенной причины прогрессивнаго паралича необходимо руковод- ствоваться клиническими данными каждаго отдѣль- наго случая.

4. Разъ въ данномъ случаѣ съ большой вѣроят- ностью установлена связь прогрессивнаго паралича по-

¹⁾ Архивъ психіатріи, т. VII, № 1.

²⁾ *Thomsen*, *Allgemein Zeitschr. f. Psych.* XLVI, № 5.

мѣшанныхъ съ сифилисомъ, то при леченіи его лучше приобѣгнуть къ противосифилитическимъ средствамъ, чѣмъ пренебречь ими, и, наконецъ,

5. Назначая въ подобныхъ случаяхъ противосифилитическія средства: ртуть и іодъ, мы можемъ на нихъ рассчитывать, какъ на средства, усиливающія обмѣнъ веществъ и, тому соотвѣтственно, способствующія выведенію изъ организма самого ли сифилитическаго яда или его продуктовъ; въ виду чего на ряду съ этими средствами необходимо имѣть и другія имъ вспомогательныя: теплыя (32° — 27°) водяныя и паровыя ванны и т. п., при хорошемъ и правильномъ питаніи больныхъ

Къ вопросу объ устройствѣ земствами колоній для душевно-больныхъ.

А. А. Говсѣева,

Ординатора Екатеринославской губ. з. больницы.

(Читано на Съѣздѣ земскихъ врачей Екатеринославской губерніи 22 іюня 1891 года).

Мм. Гг.! Мнѣ нѣтъ надобности говорить и доказывать, что колонія есть во многихъ отношеніяхъ весьма полезная и удобная форма призрѣнія душевно-больныхъ. Это фактъ, доказанный опытомъ и богатая литература посвященная этому предмету, въ особенности появляющіеся ежегодно отчеты, прославляющіе благотѣльное вліяніе колоній на душевно-больныхъ, сдѣлали этотъ фактъ достаточно популярнымъ. Я не хочу останавливаться на этой сторонѣ дѣла, а имѣю въ виду лишь указать на нѣкоторые недоразумѣнія, порожденные тою-же литературой и важныя, какъ мнѣ кажется, въ томъ отношеніи, что разъясненіе ихъ скорѣе дастъ вамъ возможность ориентироваться въ данномъ вопросѣ и, — что особенно цѣнно въ такомъ практическомъ дѣлѣ, какъ устройство колоніи, — можетъ предостеречь насъ отъ нѣкоторыхъ излишнихъ увлеченій, а стало быть и отъ послѣдующихъ разочарованій.

Если колоніи въ примѣненіи къ уходу за душевно-больными получили широкое распространеніе во всѣхъ болѣе или менѣе культурныхъ странахъ и вообще имѣли успѣхъ, то на это, конечно, были свои причины. Ихъ главнымъ образомъ двѣ. Это во 1-хъ, и прежде всего, — гуманное стремленіе облегчить положеніе несчастныхъ больныхъ, обреченныхъ на тѣсное заключеніе въ домахъ умалишенныхъ, желаніе возратить имъ часть свободы, отнятой у нихъ ради общественной безопасности; это дальнѣйшій результатъ великаго филантропическаго движенія, берущаго начало въ концѣ прошлаго столѣтія, когда Пинель явился первымъ

провозвѣстникомъ началъ гуманности въ обращеніи съ душевно-больными. Недостаточно было разорвать цѣпи, въ которыя когда-то заковывали больныхъ, лишенныхъ разсудка, и недостаточно было вообще отказаться отъ господствовавшей прежде повсюду старой системы обуздыванія и утрашенія больныхъ, но надобно было сдѣлать еще больше, а именно вернуть ихъ по возможности къ ихъ прежнимъ занятіямъ и тѣмъ насколько возможно осмыслить ихъ существованіе.

Затѣмъ второю причиною, благопріятствовавшей развитію разсматриваемой формы призрѣнія душевно-больныхъ, были очевидныя неудобства, связанныя съ слишкомъ большимъ и быстрымъ накопленіемъ больныхъ въ городахъ.

Возрастающій годъ отъ году контингентъ душевно-больныхъ, подлежащихъ общественному призрѣнію, является, по видимому, не однимъ только слѣдствіемъ увеличенія народонаселенія, но такъ-же результатомъ и тѣхъ социальныхъ условій, среди которыхъ мы живемъ; это есть, быть можетъ, одна изъ неизбѣжныхъ и роковыхъ частныхъ, совокупность которыхъ составляетъ оборотную сторону нашей цивилизаціи. Какъ-бы то ни было, но встрѣчаясь съ этимъ фактомъ постояннаго и быстрого наростанія душевно-больныхъ, призрѣвающія ихъ общественныя учрежденія испытываютъ хроническое стѣсненіе, которое лишь временно устраняется расширеніемъ соответственныхъ помѣщеній; не успѣваетъ пройти нѣсколько лѣтъ, какъ отстроенныя помѣщенія оказываются тѣсными и надобно думать о сооруженіи новыхъ зданій. Между тѣмъ постройки эти въ городахъ обходятся очень дорого, не говоря уже о томъ, что, содержаніе вновь прибывающей массы больныхъ, при существующей въ городахъ дороговизнѣ, ложится все болѣе и болѣе тяжелымъ бременемъ на общество. Не лучше-ли въ такихъ случаяхъ выселить избытокъ этихъ больныхъ изъ города въ деревню, туда, гдѣ и мѣсто и жизнь обходятся дешевле? Такимъ образомъ естественно является мысль объ устройствѣ загородныхъ лѣчебницъ и колоній.

Къ этимъ простымъ соображеніямъ, заслуживающимъ уваженія по своимъ мотивамъ и совершенно вѣрнымъ въ своихъ основахъ, присоединяются нерѣдко и другія, не совсѣмъ вѣрныя и часто носящія слѣды явнаго увлеченія. Такъ напр., нерѣдко мы слышимъ объ огромномъ значеніи, которое колонія будто-бы имѣетъ въ лѣчебномъ отношеніи; говорятъ, что

колонія есть могущественное средство для излеченія душевныхъ болѣзней, и въ доказательство прямо ссылаются на то, что число выздоровѣвшихъ въ колоніяхъ значительно превосходитъ таковое число въ городскихъ психіатрическихъ заведеніяхъ. Хотя я самъ принадлежу къ защитникамъ терапевтическаго примѣненія труда при лѣченіи нѣкоторыхъ формъ душевнаго разстройства, однако же не думаю, что-бы высшій процентъ выздоровленія въ нѣкоторыхъ лучшихъ загородныхъ лѣчебницахъ обязанъ былъ именно этому фактору. Не должно забывать, что большинство городскихъ психіатрическихъ заведеній, съ которыми въ этомъ случаѣ сравниваютъ колоніи, отличаются такими несовершенными и гигиеническими условіями, что этого одного уже достаточно для объясненія разницы въ процентѣ выздоровленія въ тѣхъ и другихъ заведеніяхъ.

Трудовой режимъ колоній можетъ, конечно, содѣйствовать излеченію, но онъ можетъ принести и вредъ,—смотря потому, при какихъ условіяхъ примѣняется трудъ въ колоніи: въ какой мѣрѣ, при какихъ болѣзненныхъ формахъ, въ какомъ періодѣ болѣзни и такъ далѣе.

Въ 1888 году я имѣлъ честь представить Совѣту Екатеринославской больницы тѣ основанія, которыми опредѣляется терапевтическое значеніе физическаго труда, при чемъ указалъ на необходимость строгой индивидуализаціи и нѣкоторыя противопоказанія, какъ на обстоятельства, которыя въ значительной степени ограничиваютъ терапевтическое приложеніе труда ¹⁾. Здѣсь я долженъ отмѣтить, что нѣкоторые психіатры идутъ еще больше, и не только отрицаютъ за механическимъ трудомъ всякое полезное дѣйствіе при леченіи душевно-больныхъ, но даже признаютъ его вреднымъ. Такъ д-ръ Чижъ, нынѣ Профессоръ Дерптскаго университета писалъ въ 1888 году: «Нельзя забывать, что физическій трудъ до извѣстной степени есть въ то-же время трудъ и умственный, поэтому всякое напряженіе, утомленіе должно быть избѣгаемо»; онъ ссылается также на профессора Flechsig'a, который считаетъ занятія для больныхъ излишними и даже вредными (Вѣстникъ клин. и Суб. псих. 1888 г. вып. V. стр. 223).

Я привелъ это мнѣніе не потому, что согласенъ съ нимъ,—но для того, чтобы показать, что вопросъ о лечеб-

¹⁾ См. Основы призрѣнія и леченія душ.-б. etc. Архивъ психіатріи, 1890. Т. XV.

номъ значеніи физическаго труда не вышелъ еще изъ ряда спорныхъ, почему и не слѣдуетъ связывать съ нимъ никакихъ широкихъ задачъ и плановъ на будущее. Значеніе колоніи и безъ того очень велико и нѣтъ надобности его преувеличивать. Колоніи нечего дѣлать съ больными, страдающими острыми формами душевнаго расстройства; эти нуждаются не въ колоніи, а въ леченіи, которое можно вести правильно только въ специально устроенныхъ лечебницахъ.

Настоящая сфера колоніи есть неизлечимые хроники, нуждающіеся только въ призрѣніи; здѣсь-то колоніа и можетъ проявить свое могучее моральное и физическое вліяніе, подмѣченное многими наблюдателями. Трудовой режимъ, господствующій въ колоніи дѣйствуетъ на призрѣваемыхъ въ ней неизлечимыхъ больныхъ дисциплинирующимъ и успокаивающимъ образомъ, и только въ этомъ смыслѣ и можно говорить объ ея лечебномъ значеніи.

Другое недоразумѣніе, не менѣе важное, касается экономической стороны дѣла.

Зрѣлище, представляемое душевно-больными, спокойно и мирно занимающимися земледѣліемъ, было до такой степени восхитительно и необыкновенно, что породило множество странныхъ иллюзій. Начали превозносить до небесъ способности умалишенныхъ; увѣрять, что они могутъ въ совершенствѣ замѣнить психически-здоровыхъ въ любой физической работѣ, что они работаютъ даже лучше и добросовѣстнѣе здоровыхъ. Сочинялись проекты, авторы которыхъ доказывали, что эксплуатируя рабочую силу нашихъ домовъ умалишенныхъ, можно безъ всякихъ затратъ построить и приспособить всѣ сооруженія, необходимыя при устройствѣ психіатрической колоніи, при чемъ о дальнѣйшей судьбѣ колоніи опять таки нечего беспокоиться, такъ какъ тѣ-же больные будутъ окупать стоимость ея содержанія.

Въ оцѣнкѣ выгодъ, представляемыхъ колоніей, вообще не знали предѣловъ. Самымъ любимымъ аргументомъ, безъ котораго не обходился ни одинъ проектъ колоніи, служила легенда о братьяхъ Лабиттъ, которые эксплуатируя трудъ больныхъ въ своемъ заведеніи близъ Клермона во Франціи, нажили миллионы. При этомъ забывали однако, что это частное заведеніе, а не общественное, что оно имѣетъ, кромѣ бѣдныхъ, такъ-же и богатыхъ пенсіонеровъ, и что при огромномъ числѣ больныхъ въ этомъ заведеніи (до 2000) ничего нѣтъ удивительнаго въ томъ, что оно можетъ получать

барыши, даже понижая плату за больных до minimum'a. Въ Alt-Scherbitz'ѣ знаменитой Саксонской колоніи, на которую такъ-же любятъ ссылаться чрезчуръ усердные ревнители колониальной формы призрѣнія больныхъ, и гдѣ дѣйствительно рабочая сила больныхъ эксплуатируется, какъ нельзя больше, все таки доходы не настолько велики, какъ можно было думать, такъ что годовое содержаніе больного 3-го класса, т. е. бѣднѣйшаго и обставленнаго скромнѣе другихъ, обходилось провинціи, во времени моего посѣщенія этой колоніи въ 1889 году, не менѣе 270 марокъ. Этотъ результатъ достигнутъ лишь спустя 15 лѣтъ послѣ основанія колоніи, тогда какъ раньше цифра эта доходила до 500. Между тѣмъ и въ Alt-Scherbitz'ѣ есть пенсіонеры болѣе состоятельныхъ классовъ платящіе заведенію отъ 600 до 1200 марокъ въ годъ. Кромѣ того,—что очень важно при оцѣнкѣ расходовъ и прибылей колоніи,—въ Alt-Scherbitz'ѣ 700 больныхъ и всѣ хроники; острые больные поступаютъ туда очень рѣдко, а между тѣмъ расходы на послѣднихъ всегда гораздо больше, такъ какъ они требуютъ и специально устроенныхъ помѣщеній и специального ухода. Вообще думать, что какой-нибудь общественный домъ умалишенныхъ можетъ при извѣстной постановкѣ дѣла всецѣло окупать стоимость своего содержанія, значитъ питать несбыточную мечту. Нужна большая доза идеализаціи, чтобы считать работу душевно-больныхъ равноцѣнной работѣ здоровыхъ людей. Единственное, чего можно ждать, и къ чему поэтому можно стремиться, это пониженіе годового содержанія больныхъ и вообще уменьшенія расходовъ; и то и другое достигается посредствомъ осторожной эксплуатаціи рабочей силы больныхъ съ одной стороны, а съ другой посредствомъ разумной экономіи, при первоначальныхъ затратахъ и установленіи дѣла въ тѣхъ скромныхъ рамкахъ, которыя отвѣчаютъ дѣйствительнымъ жизненнымъ условіямъ.

Исторія нашихъ русскихъ психіатрическихъ колоній, основанныхъ кое-гдѣ земствами по заграничному образцу, показываетъ, что изложенныя простыя соображенія не всегда принимались въ расчетъ, и потому не удивительно, что нѣкоторыя попытки въ этомъ родѣ окончились неудачей. Читая описанія и проекты нашихъ колоній, нельзя не поражаться огромностью затраченныхъ и требуемыхъ средствъ. Не только заводится новое, но рядомъ съ этимъ ломается все старое, и все дѣло призрѣнія душевно-больныхъ, на которое уже

не мало было истрачено денегъ земствомъ и правительствомъ, перестраивается согласно новому, дорого стоящему, а иногда и грандіозному плану.

Такъ, напр., Тверское земство истратило на свою Бурашевскую колонію свыше 255,000 р., а вмѣстѣ съ расходами по перестройкѣ городского дома умалишенныхъ свыше 400 тысячъ. Рязанскому земству расходы на устройство колоніи для 200 человекъ обошлись въ 288423 р.; за то тутъ есть такія приспособленія и удобства, предъ которыми меркнетъ обстановка даже многихъ лучшихъ заграничныхъ заведеній; напримѣръ, имѣется электрическое освѣщеніе, гидротерапевтическое отдѣленіе, пароводяное отопленіе и т. д. Сравнительно маленькая колонія Новгородскаго земства (всего 61 дес. земли, число больныхъ 180) тоже потребовала не малыхъ затратъ. По словамъ д-ра Лебедева ¹⁾, общая сумма расходовъ Новгородскаго земства съ правительственными субсидіями, употребленная на всевозможныя приспособленія, постройки и перестройки Колмовской больницы для душевно-больныхъ, принятой имъ отъ Приказа Общественнаго призрѣнія и переобразованной на началахъ психіатрической колоніи, исчисляется въ 226378 руб.

Саратовское земство, если не ошибаюсь, ассигновало на устройство колоніи 300 тысячъ. Въ нынѣшнемъ году городъ Одесса такъ-же устраиваетъ колонію для душевно-больныхъ, при чемъ по смѣтѣ положено на однѣ помѣщенія, гдѣ будутъ жить колонисты, 120 тысячъ; рядомъ съ колоніей будетъ устроена лечебница, на которую ассигновано 300 тысячъ; всего съ прочими расходами на канализацію, устройство ограды, вознагражденіе техникувъ и т. д. требуется по смѣтѣ 485,650 руб. Въ этомъ удивительномъ проектѣ всего удивительнѣй то, что изъ 350 больныхъ для которыхъ предназначается эта полумилліонная затѣя, 200 имѣютъ быть колонистами, остальное же меньшинство перейдетъ въ лечебницу. Если принять во вниманіе съ одной стороны, что въ Одессѣ, какъ во всякомъ большомъ городѣ, контингентъ острыхъ душевныхъ заболѣваній долженъ быть не малый, и съ другой стороны, что въ составѣ хрониковъ, изъ которыхъ имѣютъ вербоваться колонисты, въ силу мѣстныхъ условій, преобладающую массу составляютъ мѣщане,

¹⁾ *И. С. Лебедевъ*, Очерки изъ исторіи призрѣнія душевно-больныхъ въ Россіи. Отчетъ по осмотру психіатрическихъ заведеній.

купцы и другія лица, мало или вовсе неспособные къ земледѣльческому труду, то всякому будетъ понятно, что больныхъ нельзя будетъ распредѣлять такъ, какъ этого желаетъ проектъ. Въ городскихъ домахъ умалишенныхъ не только колонисты, но и вообще больные способные къ работѣ не могутъ составить большинства, а въ Одесской, дай Богъ, чтобы ихъ набралось 20—30%!

Впрочемъ, быть можетъ, авторы проекта подразумѣваютъ подъ именемъ колоніи нѣчто совсѣмъ другое; быть можетъ, они предполагаютъ помѣщать въ своей колоніи просто только хрониковъ или богодѣльцевъ? Не знаю..... Замѣчательно, что столь огромныя жертвы, понесенныя нѣкоторыми земствами, задумавшими радикально преобразовать дѣло призрѣнія душевно-больныхъ, роковымъ образомъ повлекли за собою увеличеніе годового содержанія больныхъ, чѣмъ вызвали большія разочарованія со стороны тѣхъ, которые ждали противнаго и въ этой надеждѣ соглашались на одновременныя большія затраты.

Уже чрезъ два года послѣ открытія Бурашевской колоніи, читаемъ мы у д-ра Лебедева, въ земскихъ собраніяхъ стали раздаваться жалобы на слишкомъ дорогой бюджетъ колоніи. И неудивительно: годовое содержаніе больного обходилось чуть-ли не въ два раза дороже, чѣмъ въ городскомъ заведеніи. вмѣстѣ съ тѣмъ не оправдалась и надежда, что съ реорганизацей дома умалишенныхъ и съ учрежденіемъ колоніи, будетъ рѣшенъ вѣчный, ежегодно дебатированный вопросъ о томъ, куда дѣвать возрастающее количество вновь прибывающихъ больныхъ. Возникшая лечебница съ колоніей оказалась несостоятельной для удовлетворенія текущей потребности въ призрѣніи и результатомъ явилась тѣснота и ухудшеніе гигиеническихъ условій, напомнившее времена стараго дома умалишенныхъ. Видя неудачу своего предпріятія, Тверское земство, по видимому, не торопилось съ расширеніемъ колоніи, такъ какъ ухудшеніе санитарныхъ условій шло въ колоніи ускореннымъ ходомъ. Въ 1888 году губернская управа сама отмѣтила неудовлетворительное состояніе колоніи въ слѣдующихъ выраженіяхъ: «Вполнѣ печальнымъ явленіемъ оказываются тѣ совершенно стороннія осложненія, которыя предшествовали смерти (здѣсь отчетъ управы касается % смертности), въ нѣкоторыхъ случаяхъ и были вызваны главнымъ образомъ, крайнимъ переполненіемъ колоніи. Такого рода явленія въ существо-

ваніи колоніи заслуживаютъ нашего вниманія и настоятельно требуютъ соответственныхъ мѣръ».

Еще менѣе состоятельна съ упомянутой точки зрѣнія оказывается, судя по отчетамъ, Рязанская колонія. Годичная стоимость больного въ колоніи обходится земству не меньше 274 руб., тогда какъ въ городскомъ домѣ умалишенныхъ она не превышаетъ 160—180 руб. Въ этой самой колоніи, освѣщаемой не въ примѣръ прочимъ электричествомъ, по словамъ посѣтившаго ее д-ра Лебедева, господствовала невообразимая тѣснота, порождавшая высокій % смертности и служившая источникомъ серьезныхъ заботъ со стороны земства и администраціи. Въ лучшемъ свѣтѣ обрисовываютъ отчеты Колмовскую лечебницу Новгородскаго земства. Рациональная постановка дѣла при сравнительно небольшихъ затратахъ, значительный % постоянной рабочей силы въ связи съ хорошимъ содержаніемъ больныхъ, все это выдѣляетъ Колмовскую лечебницу изъ ряда обыкновенныхъ. Но стоимость годового содержанія больного (214 руб.), хотя меньше, чѣмъ въ другихъ колоніяхъ, все еще слишкомъ велика, такъ что и здѣсь колонія еще далека отъ своего экономическаго идеала.

Мнѣ кажется, Мм. Гг. мы могли бы избѣгнуть сдѣланныхъ ошибокъ, если бы держались точнаго смысла колоніи и ея предназначенія. Повторяя то, что я уже высказывалъ объ этомъ въ другомъ мѣстѣ ¹⁾, я полагаю, что колонія должна имѣть исключительною цѣлью выселеніе рабочей силы дома умалишенныхъ на какой-нибудь загородный участокъ земли, съ тѣмъ чтобы обратить эту силу къ занятіямъ сельскимъ хозяйствомъ, какъ наиболѣе продуктивнымъ въ экономическомъ отношеніи и полезнымъ для здоровья самихъ больныхъ. Выселеніе должно совершаться постепенно, органически, по мѣрѣ роста населенія въ центральномъ домѣ умалишенныхъ и накопленія въ немъ рабочаго элемента. Для возможности такой органической колонизаціи, устраиваемая колонія должна имѣть всѣ задатки правильнаго роста, т. е. быть способной къ постепенному расширенію по мѣрѣ надобности. При соблюденіи этого условія колонія будетъ въ состояніи осуществлять и другую цѣль, — служить средствомъ эвакуаціи больныхъ изъ центрального дома умалишенныхъ и тѣмъ самымъ избавлять его отъ чрезмѣрнаго

¹⁾ См. „Основы призрѣнія и леченіе душевно-больныхъ“. Ст. III. Архивъ Псих. 1890 г. Т. XV.

накопленія больныхъ и скученности, обусловленныхъ возрастающимъ годъ отъ году наплывомъ душевно-больныхъ.

Между колоніей и ея метрополіей, т. е. центральнымъ домомъ умалишенныхъ должна установиться взаимная тѣсная связь. Метрополія снабжаетъ колонію новыми рабочими и получаетъ обратно тѣхъ изъ колонистовъ, которые въ силу какихъ либо причинъ, оказались въ данное время неспособными къ работѣ. Связь это можетъ быть и экономическая. Метрополія является естественнымъ потребителемъ части продуктовъ, доставляемыхъ колоніей, чѣмъ въ общемъ сберегаетъ расходъ на посредничество, неизбежный при покупкѣ тѣхъ же продуктовъ съ одной стороны и продажѣ ихъ съ другой. Въ виду столь тѣсныхъ отношеній, само собою разумѣется, весьма важно, чтобы центральное заведеніе и колонія расположены были близко другъ отъ друга, или, что одно и то же, — чтобы между ними по возможности были болѣе удобные пути сообщенія. Но изъ этого вовсе не слѣдуетъ, что они должны быть обязательно въ одномъ мѣстѣ и непосредственно примыкать другъ къ другу, какъ это устроено кое-гдѣ у насъ и за границей. Перенесеніе центрального заведенія въ колонію не составляетъ необходимости, а между тѣмъ оно требуетъ огромныхъ затратъ. Того, что могутъ позволить себѣ столицы и богатые города, нельзя требовать отъ нашихъ земствъ, у которыхъ забота о больномъ не должна идти въ ущербъ заботамъ о нищемъ и голодномъ.

Колонія предназначена исключительно для неизлѣчимыхъ, способныхъ къ работѣ. Какъ было уже замѣчено выше, этимъ ни уничтожается ея медицинское значеніе. Трудовой режимъ колоніи дисциплинируетъ больныхъ и подчиняетъ ихъ порядку; онъ возвращаетъ имъ спокойствіе, котораго нельзя достигнуть никакими лекарствами. Этихъ больныхъ, у которыхъ болѣзненный процессъ закончилъ свое теченіе, можно вообще раздѣлить на двѣ группы: у однихъ душевные способности не достигли нормы, вслѣдствіе остановки развитія (слабоуміе отъ рожденія), у другихъ же онъ потерпѣлъ ущербъ, вслѣдствіе позднѣйшей болѣзни (вторичное слабоуміе и застарѣлые психозы. И тѣ и другіе являются умственно недостаточными и въ качествѣ таковыхъ обнаруживаютъ неполное приспособленіе къ дѣйствительной жизни. Колонія же пополняетъ этотъ функціональный пробѣлъ, этотъ недостатокъ аккомодации, являясь для нихъ, если

можно такъ выразиться, своего рода коррекціей, съ помощію которой они получаютъ способность къ общежитію. Вотъ почему для этихъ больныхъ, физически здоровыхъ, но психически неизлечимыхъ, сельско-хозяйственная колонія могла бы считаться единственной правильной и самой совершенной формою призрѣнія, если бы не существовала другая форма, еще болѣе совершенная. Эта форма есть *patronage familiale*, гдѣ больной живетъ въ той же средѣ и почти въ той же обстановкѣ, въ которыхъ онъ жилъ будучи здоровымъ. Тамъ, гдѣ неодолимыя практическія трудности ставятъ, на пути къ осуществленію этой формы призрѣнія, приходится отдавать предпочтеніе учрежденію колоніи, на которую, если угодно, можно смотрѣть, какъ на искусственный *patronage familiale* съ тою разницей, что въ колоніи роль опекающей больнаго семьи беретъ на себя администрація колоніи; въ остальномъ-же всѣ черты должны быть сходны, и чѣмъ болѣе это удастся, тѣмъ болѣе чести устроителямъ колоніи и ея администраціи. Какъ при *patronage familiale*, такъ и въ колоніи больные должны жить по возможности въ тѣхъ самыхъ условіяхъ, въ какихъ они жили, оставаясь въ своей средѣ. Этотъ принципъ заключаетъ въ себѣ отвѣтъ на вопросъ: какъ должна быть устроена колонія? Когда, посѣтивши въ позапрошломъ году Alt-Scherbitz и давши улесть всѣмъ разнообразнымъ впечатлѣніямъ, полученнымъ мною при обзорѣ знаменитой Саксонской колоніи, я спросилъ себя, что было самага замѣчательнаго изъ видѣннаго мною, я долженъ былъ признать, что это не были ни прекрасныя виллы въ видѣ дачъ, устроенныя для больныхъ, ни паровая прачешная, ни паровая кухня, ни другія поражающія удобства и дорогія приспособленія, а маленькіе простые крестьянскіе домики, въ которыхъ почти безъ всякаго надзора живутъ нѣкоторые изъ душевно-больныхъ Alt-Scherbitz'а. Когда то въ этихъ домикахъ жили рабочіе прежняго владѣльца Alt-Scherbitz'а, съ учрежденіемъ же колоніи для душевно-больныхъ, на мѣсто рабочихъ водворились больные, но все въ домикахъ осталось по прежнему; вотъ почему когдаходишь въ такой домикъ и видишь живущихъ въ немъ, то получается полная иллюзія, и кажется, что находишься въ обыкновенной нѣмецкой деревнѣ, а не въ психіатрическомъ заведеніи.

То, что оказалось практичнымъ въ Alt-Scherbitz'ѣ, возможно и у насъ. Если бы было возможно устроить такъ,

чтобы колонія состояла изъ обыкновенныхъ крестьянскихъ хатъ и получила бы въ общемъ видъ обыкновеннаго крестьянскаго поселка, то это было бы лучше всего, такъ какъ отвѣчало бы вполне цѣли колоніи, согласно выше изложеннымъ принципамъ. Къ сожалѣнію, это не осуществимо на практикѣ,—съ одной стороны вслѣдствіе дороговизны такого устройства, а съ другой вслѣдствіе затруднительности надзора. Но, быть можетъ, это окажется возможнымъ для нѣкоторой части колонистовъ, именно для тѣхъ, которые менѣе другихъ будутъ нуждаться въ надзорѣ. Для остальныхъ потребуется сооруженіе болѣе или менѣе обширныхъ зданій. Необходимо однако, чтобы эти помѣщенія отличались возможной простотой; нѣтъ надобности, чтобы онѣ имѣли какія либо спеціальныя приспособленія, принятые въ заведеніяхъ для душевно-больныхъ, напротивъ, существенно необходимо, чтобы ничто въ нихъ не напоминало собою домъ умалишенныхъ. При этихъ условіяхъ постройка помѣщеній для выселяемыхъ больныхъ не должна обойтись дорого.

Ограничивая функцію колоніи призрѣнія неизлечимыхъ больныхъ, мы обезпечиваемъ ея экономическій успѣхъ. Не только ея устройство, но и ея содержаніе обойдется весьма недорого. Стоимость содержанія больныхъ въ колоніи во всякомъ случаѣ должны быть менѣе, чѣмъ въ городскомъ заведеніи, такъ какъ, хотя во всякомъ городскомъ домѣ умалишенныхъ множество работъ по хозяйству и ремонту исполняется извѣстною частью душевно-больныхъ, однако же эти работы составляютъ только ничтожную часть того, что могли бы произвести всѣ способные къ работѣ хроники даннаго заведенія. Даже въ колоніи, гдѣ существуютъ самыя благоприятныя условія для приученія больныхъ къ труду, наборъ настоящихъ, заправскихъ рабочихъ создается не сразу, а постепенно, по мѣрѣ того, какъ господствующій въ колоніи трудовой режимъ начинаетъ проявлять свое воспитательное вліяніе на его обитателей. При удачномъ веденіи дѣла рабочая армія достигаетъ 40—50% всего наличнаго числа больныхъ даннаго психіатрическаго заведенія. Если бы мы хотѣли примѣнить этотъ расчетъ къ психическому отдѣленію Екатеринославской больницы, гдѣ призрѣвается среднимъ числомъ до 360 душевно-больныхъ, то мы должны были бы рассчитывать на 180 больныхъ (110 мужчинъ + 70 женщинъ), какъ на первый эмиграціонный отрядъ, могущій положить основаніе колоніи. Но для перваго высе-

ленія такой расчетъ былъ бы ошибоченъ. Пока будущая колонія войдетъ въ свою колею, пройдетъ не мало времени, а до тѣхъ поръ къ составу выселяемаго отряда слѣдуетъ относиться съ большимъ разборомъ. Приведенную цифру, я полагаю, должно значительно понизить: достаточно будетъ на первый разъ выселить 70 мужчинъ и 30 женщинъ, всего 100 человекъ: это именно та часть населенія дома умалишенныхъ, которая совершенно не нуждается въ леченіи; болѣзненный процессъ, которымъ они страдали, давнымъ давно угасъ, оставивъ послѣ себя неизгладимые слѣды. Съ психической стороны они — калѣки, съ физической же они представляютъ все атрибуты здоровья.

Выселеніе этой части больныхъ не потребуетъ большого увеличенія штата служащихъ. Для медицинскаго надзора достаточно будетъ командировать туда одного фельдшера и одного надзирателя изъ числа служившихъ въ психическомъ отдѣленіи и опытныхъ въ обращеніи съ душевно-больными. Количество специальныхъ служителей можетъ быть доведено до minimum'a; опытъ существующихъ колоній показываетъ, что можно ограничиться однимъ служителемъ на 20 человекъ. Я не вижу также особенной надобности въ томъ, чтобы при колоніи непременно жилъ врачъ; ставить такое требованіе значитъ безъ нужды увеличивать расходы на содержаніе колоніи; совершенно достаточно, если врачи психіатры губернской больницы взяли бы на себя трудъ посѣщать колонію разъ или два въ недѣлю, что не представляется невозможнымъ, принимая во вниманіе близость колоніи отъ города. Управление колоніей должно, по моему мнѣнію, лежать на особенной комиссіи состоящей изъ врачей психіатровъ больницы и члена управы, завѣдующаго Богоугоднымъ заведеніемъ. Административная, медицинская и хозяйственная части въ колоніи не могутъ быть строго разграничены; при рѣшеніи чисто-хозяйственныхъ вопросовъ должны имѣть голосъ и врачи. Это положительно необходимо для успѣха колоніи. Въ случаѣ надобности можетъ быть еще приглашаемо лицо, имѣющее специальные агрономическія познанія. Замѣчу еще, что хотя нельзя предвидѣть заранее и опредѣлить подробно тотъ планъ, по которому будетъ ведено хозяйство въ колоніи, такъ какъ это зависитъ отъ количества земли, качества ея, характера больныхъ и тому подобныхъ условій, тѣмъ не менѣе можно сказать, что на первыхъ порахъ желательно, не отводя много мѣста земле-

дѣлю, дать широкое развитіе скотоводству и птицеводству, имѣя въ виду съ одной стороны, что эти занятія не столь многосложны и не столь рискованы, какъ земледѣліе, а съ другой тѣ выгоды, которыя извлечетъ губернская больница при такомъ хозяйствѣ. О дѣйствительности этихъ выгодъ можно судить между прочимъ, на основаніи слѣдующаго соображенія. Въ настоящее время ежегодныя затраты губернской больницы на мясо, куръ, яйца, молоко и масло занимаютъ довольно значительную часть ея бюджета, достигая почтенной цифры въ 18078 рублей. Если современемъ всѣ эти предметы больница будетъ получать изъ колоній,—что вполне возможно,—то добрая часть упомянутой суммы, попадающая теперь въ руки частныхъ предпринимателей, будетъ сбережена для земскаго бюджета, и это сбереженіе послужитъ еще однимъ аргументомъ въ защиту экономической выгоды нашей колоній.

Случай сифилиса центральной нервной системы.

Д-ръ М. В. Слущкій.

Больной Лейбъ Б., 50-ти лѣтъ, поступилъ въ Кишиневскую еврейскую больницу 3-го апрѣля 1891 года.

Анамнез при поступленіи больного въ больницу не могло быть собрано никакого, такъ какъ больной совершенно не говорилъ; доставившій его полицейскій служитель тоже не могъ дать никакихъ свѣдѣній; изъ родныхъ или знакомыхъ къ больному, какъ совершенно чужому человѣку, никто не являлся. Такимъ образомъ даже такіе факты, какъ времени и порядокъ появленія, замѣчаемыхъ у больного, симптомовъ остались невыясненными.

Status praesens при поступленіи: Больной роста выше средняго, сложенія умѣреннаго; подкожный жирный слой весьма слабо развитъ, значительное общее истощеніе. Больной, какъ уже сказано, лишенъ способности говорить. При ближайшемъ изслѣдованіи обнаруживается, что у больного нѣтъ *атактической афазіи*, такъ какъ повторять за другимъ слова, онъ въ состояніи. У больного нѣтъ также, такъ называемой, *словесной глухоты*: когда больного спрашиваютъ, сколько ему лѣтъ, какъ его зовутъ и т. п. онъ не въ состояніи отвѣтить на эти вопросы; но когда исчисляють цѣлый рядъ собственныхъ именъ, онъ указываетъ, при называніи его имени. У больного нѣтъ и *словесной слѣпоты*, такъ какъ по печатной книгѣ онъ, хотя съ трудомъ (по причинѣ сильной амбліопіи), читаетъ. У больного чистая *амнестическая афазія*: онъ забылъ названія всѣхъ предметовъ, чиселъ и т. п. Кромѣ афазіи у больного замѣчается и *анартрія*—невозможность произносить язычныя буквы. Последнее явленіе обусловлено *полнымъ параличемъ языка*,—онъ лежитъ неподвижно на днѣ полости рта, не принимая никакого участія ни въ актѣ рѣчи, ни въ актѣ глотанія. При попыткѣ больного читать или писать (у него нѣтъ аграфіи) рѣзко выступаетъ *ослабленіе зрѣнія* (амбліопія) преимущественно на лѣвомъ глазу, а офтальмоскопическое изслѣдованіе обнаруживаетъ *атрофическія измѣненія обоихъ зрительныхъ нервовъ*, преимущественно лѣваго. Движеніе верхнихъ конечностей уклоненій не представляетъ; нижнія же конечности парализованы. Ближайшее изслѣдованіе послѣднихъ обнаруживаетъ: *ригидность мышцъ* (пассивныя движенія затруднены особенно на правой ногѣ), *сухожильные рефлексы рѣзко усилены* преимущественно на правой ногѣ; больной самъ не встаетъ съ кровати, когда же заставляютъ его пройти, онъ это дѣлаетъ съ большимъ трудомъ и только съ посторонней помощью. При этомъ выступаетъ рѣзкая

картина *спастической походки*: больной ходитъ крайне неуверенно, туловище наклонено впередъ, упирается главнымъ образомъ на носкахъ, а стопы нѣсколько приподняты, конечности при хожденіи не сгибаются въ сочлененіяхъ (особенно это замѣчается на правой ногѣ). *Узвистительность*, насколько ея изслѣдованіе возможно при афазіи, не пострадала. Прямая кишка и мочевой пузырь функционируютъ правильно. Сонъ удовлетворительный, а аппетитъ необыкновенно усиленъ (*boulemia*); грудные и брюшные органы, температура и пульсъ ненормальностей не представляютъ.

Больной жалуется на жестокия *головныя боли*, усиливающіяся по ночамъ, при этомъ локализируетъ боль, главнымъ образомъ, во лбу, а также жалуется на боли въ костяхъ голени, которыя (боли) усиливаются при самомъ незначительномъ давленіи въ области обѣихъ большеберцовыхъ костей. На кожѣ сыпей или рубцовъ не замѣчается (одинъ рубецъ въ области праваго *proctos. mastoidei* не сомнѣнно травматическаго происхожденія), паховыя лимфатическія желѣзы нѣсколько увеличены; яички замѣтныхъ измѣненій не представляютъ.

Резюмируя замѣчаемыя у больного болѣзненныя явленія и подобравъ для каждаго изъ нихъ соотвѣтственную патологоанатомическую подкладку, мы должны констатировать: амнестическую афазію (безъ словесной глухоты и слѣпоты), которая должна имѣть анатомическимъ основаніемъ, по всей вѣроятности, поврежденіе верхневисочной извилины; полный, двусторонній параличъ языка, имѣющій послѣдствіемъ расстройство рѣчи (анартрію) и глотанія,—параличъ обѣихъ *N. N. hypoglossorum*, по всей вѣроятности, бульбарнаго происхожденія, рѣзкую амблиопію, имѣющую анатомическимъ основаніемъ атрофію обѣихъ *N. N. opticozum*; полную картину *paralysis spinalis spasticae (tabes dorsalis spasmodica по Charcot)* которая должна быть обусловлена поврежденіемъ заднебоковыхъ пучковъ спинного мозга. Спрашивается, какой клинической *диагнозъ* мы должны поставить въ настоящемъ случаѣ. Рѣшеніе этого вопроса, кажется мнѣ, представляетъ нѣкоторыя затрудненія, такъ какъ ни одна изъ извѣстныхъ намъ клиническихъ формъ поврежденій центральной нервной системы не подходитъ къ данному случаю. Такимъ множественнымъ характеромъ (одновременнымъ поврежденіемъ различныхъ отдѣловъ и системъ головного и спинного мозга) отличается одна клиническая форма—*разсѣянный склерозъ головного и спинного мозга*, и естественно, прежде всего остановиться на этой болѣзни. Дѣйствительно, при разсѣянномъ склерозѣ весьма часты

явленія спастическаго паралича, явленія бульбарныя, а также атрофія зрительныхъ нервовъ; тѣмъ не менѣе разсѣянный склерозъ исключается въ нашемъ случаѣ на основаніи слѣдующихъ соображеній. Характерное *дрожаніе*, являющееся при произвольныхъ движеніяхъ, принадлежитъ по Charcot къ самымъ постояннымъ симптомамъ разсѣяннаго склероза и въ нашемъ случаѣ совершенно отсутствуетъ; нѣтъ также *nystagm'a* — не столь постояннаго симптома многогнѣзнаго склероза, однако встрѣчающагося въ половинѣ всѣхъ случаевъ. Съ другой стороны существующая у нашего больного амнестическая афазія никѣмъ не описывается какъ симптомъ разсѣяннаго склероза; наоборотъ, всѣ авторы указываютъ на то, что извилины коркового слоя головного мозга остаются свободными отъ склеротическаго пораженія. Противъ разсѣяннаго склероза говоритъ и возрастъ больного, такъ какъ болѣзнь эта свойственна юношескому или во всякомъ случаѣ молодому возрасту; нашему же больному 50 лѣтъ. Наконецъ, мочевого пузыря и прямая кишка, хотя сравнительно долго остаются пощаженными при разсѣянномъ склерозѣ, однако потомъ тоже разстраиваются; у нашего же больного эти органы функционируютъ вполне нормально, не смотря на рѣзко выраженную *paraplegiam*.

Еще гораздо легче исключаются въ данномъ случаѣ другія страданія центральной нервной системы:

Самостоятельная *sclerosis lateralis* (*Paralysis spinalis spastica*) — по присутствію симптомовъ пораженія головного мозга (параличъ языка, амбліопія, амнезія), которые никогда не бываютъ при самостоятельномъ боковомъ склерозѣ.

Sclerosis lateralis amyotrophica устраняется по совершенному отсутствію атрофическихъ явленій; при аміотрофическомъ боковомъ склерозѣ пораженіе (параличъ и атрофія) верхнихъ конечностей предшествуетъ пораженію нижнихъ (у нашего больного мы видимъ совершенное отсутствіе разстройства верхнихъ конечностей при полномъ параличѣ нижнихъ); наконецъ, при аміотрофическомъ боковомъ склерозѣ никогда не бываетъ афазіи и амбліопіи.

Съ одной стороны полиморфный характеръ страданія у нашего больного, съ другой — исключеніе въ

данномъ случаѣ всѣхъ извѣстныхъ клиническихъ формъ заболѣванiя центральной нервной системы заставили меня остановиться на сифилисѣ, играющемъ столь важную роль въ этиологiи нервныхъ заболѣванiй. „Сифилисъ, по выраженiю Hutchinson'a, мимически повторяетъ почти всѣ органическiя болѣзни нервной системы“; сифилитическiя пораженiя имѣютъ большую склонность появляться во множественномъ числѣ одновременно въ различныхъ отдѣлахъ нервной системы, вызывая этимъ сложную картину болѣзни; наконецъ, любимыми мѣстами сифилитическихъ пораженiй бываетъ корковый слой головного мозга и бѣлые столбы спинного (что мы и замѣчаемъ у нашего больного). Поставленный мною диагнозъ — сифилисъ центральной нервной системы — нуждался въ подтвержденiи: а) въ анамнезѣ, в) въ одновременномъ существованiи другихъ явленiй, которыя говорили бы за существованiе сифилиса и с) въ результатѣ леченiя — *ex juvantibus*. Первый источникъ — анамнезъ — какъ сказано выше, совершенно отсутствовалъ; 2-ой далъ весьма мало опоры, — за сифилисъ, пожалуй, говорили жестокiя боли головы и въ ногахъ, усиливающiяся ночью, — незначительное увеличенiе паховыхъ железъ, отчасти, быть можетъ, и *boulimia*; за то значительное подтвержденiе диагнозъ нашелъ въ результатахъ леченiя. Согласно поставленному диагнозу было назначено специфическое лѣченiе: фрикцiи изъ 3s ung. cinerei и одновременно внутрь iодистые препараты (*kalii et patrii jodati aa ʒi, Aq. destil. ʒvj 3 ложки въ день*). Уже послѣ первой недѣли леченiя стало обнаруживаться улучшенiе: головныя боли и боли въ ногахъ уменьшились, а потомъ совершенно прошли, рѣчь стала восстанавливаться. Это восстановленiе шло весьма медленно, постепенно, но тѣмъ не менѣе прогрессивно впередъ. Общiй видъ больного значительно улучшился, причеиъ замѣченное въ началѣ обжорство совершенно прошло, — не смотря на ослабляющiй методъ лѣченiя, больной довольствовался ordinarily больничною порцiей и добавочною порцiей молока, отказываясь отъ дальнѣйшаго прибавленiя пищи. Спустя три недѣли лѣченiя у больного восстановилось движенiе языка (самое восстановленiе совершилось бы-

стро) и вмѣстѣ съ тѣмъ прошли явленія анартрии и расстройства глотанія.

Status 26-го мая:

Больной принялъ 30 фрикцій и 3ii иодистыхъ препаратовъ. Общее состояніе вполнѣ удовлетворительное, питаніе значительно поднялось, никакихъ побочныхъ явленій лѣченія не замѣчается. Головные боли совершенно прошли, боли въ ногахъ тоже, хотя при проведеніи рукой по большеберцовой кости замѣчается нѣкоторая болѣзненность. Рѣчь больного возстановилась, но процессъ рѣчи совершается крайне медленно и съ трудомъ: больной видимо долженъ дѣлать большія усилія, чтобы подбирать слова для возникающихъ у него мыслей, при этомъ быстро устаетъ и вздыхаетъ. Нерѣдко замѣчаются явленія парафазіи—замѣны одного слова другимъ, причемъ больной сейчасъ же замѣчаетъ сдѣланную ошибку и старается ее исправить, что не всегда ему удается; замѣчательно еще одно явленіе—объясняясь на нѣмецкомъ жаргонѣ и не находя соответственнаго слова, онъ часто находитъ нужное слово на древнееврейскомъ языкѣ. Вслѣдствіе изложенныхъ оставшихся афазическихъ разстройствъ, отчасти вслѣдствіе несомнѣннаго упадка умственного больной ограничивается простыми отвѣтами, цѣльнаго же логического разсказа онъ сообщить не можетъ; по этимъ причинамъ собраніе анамнестическихъ данныхъ и въ настоящее время представляетъ непреодолимые препятствія. Движенія языка вполнѣ свободны, вслѣдствіе чего и замѣченные раньше анартрія и расстройства глотанія совершенно прошли. Явленія *boulimiae* также прошли. Разстройства движенія, ригидность мышцъ, усиленіе сухожильныхъ рефлексовъ остались безъ перемѣны. Явленія амбліопіи не улучшились, и вторичное офтальмоскопическое изслѣдованіе констатировало ту же картину, что при первомъ изслѣдованіи.

Такимъ образомъ подъ вліяніемъ специфическаго леченія *вполнѣ прошли*—*cerhalalgia*, *boulimia* и параличъ *N. N. hypoglossorum*; *рѣзкое улучшение* дало расстройство рѣчи; *остальное безъ измѣненія*—спастическая параплегія и амбліопія.

Дальнѣйшій прогнозъ позволяетъ надѣяться на полное или почти полное возстановленіе рѣчи, но на

улучшеніе зрѣнія и походки едва ли можно рассчитывать: симптомы, уступившіе леченію обуславливались безъ сомнѣнія *гумпани* мозговыхъ оболочекъ; между тѣмъ какъ *paralysis spastica* и амбліопія обусловлены *склерозомъ*, который никакому лѣченію уступить не можетъ.

Настоящій случай заслуживаетъ, по моему мнѣнію, вниманія потому, что діагнозъ былъ поставленъ исключительно на основаніи общей картины и оправдался *ex juvantibus*.

ЭПИЛЕПСІЯ

Проф. П. И. Ковалевскій.

ГЛАВА ТРЕТЬЯ.

Разновидности судорожной эпилепсiи.

Изложивъ ученіе о судорожной эпилепсiи, мы должны однако добавить, что разновидностей ея насчитывается многое множество. Основою для такого подраздѣленія служатъ различныя обстоятельства: степень напряженности проявленія судорожнаго припадка, причина его, способъ проявленія припадка, время появленія его и т. п.

Помня разъ одно и тоже положеніе, что, какая бы ни была эта эпилепсiя, она все таки будетъ эпилепсiя,—я приступаю къ изложенію свѣдѣній относительно болѣе извѣстныхъ разновидностей судорожной эпилепсiи.

Неполная идиопатическая эпилепсiя отличается отъ обычной судорожной эпилепсiи выпаденіемъ какихъ-нибудь болѣе или менѣе важныхъ признаковъ обычной судорожной эпилепсiи. Такъ, бываютъ случаи, когда судороги охватываютъ не весь организмъ, а только половину его (гемиплегическая эпилепсiя), или парныя конечности (параплегическая эпилепсiя), или одну какую-либо конечность (моноплегическая эпилепсiя), или лицо, или отдѣльную часть туловища (частичная эпилепсiя) и проч. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ во время приступа исполнѣ или не исполнѣ присутствуетъ сознаніе,—иногда присутствуетъ тотъ или другой видъ чувствительности и т. д. Такіе неполные приступы эпилепсiи очень часто чередуются съ приступами полной судорожной

эпилепсiи. Seguin же ¹⁾ полагаетъ, что, во многихъ случаяхъ эпилепсiи, болѣзнь начинается приступами безъ потери сознанiя, которые только въ послѣдствiи переходятъ въ полный судорожный приступъ grand-mal. Отъ этой идиопатической неполной эпилепсiи мы отличаемъ кортикальную эпилепсiю и о послѣдней рѣчь будетъ далѣе.

Наибольшее количество разновидностей эпилепсiи обусловливается различными причинными моментами. Это будетъ собственно обычная идиопатическая эпилепсiя, въ однихъ случаяхъ обусловливаемая по существу тѣмъ или другимъ моментомъ у людей до того не эпилептиковъ,—въ другихъ же случаяхъ только лишь вызываемая къ жизни у людей бывшихъ уже до того эпилептиками, при чемъ болѣзнь у нихъ пребывала: скрытною.

Пуэрперальная эпилепсiя. Сюда относятся тѣ случаи эпилепсiи, которые развиваются въ теченiи послеродового періода, начиная отъ періода зачатiя и кончая періодомъ кормленiя.

Отношенiе беременности къ приступамъ эпилепсiи далеко неодинаково въ различныхъ случаяхъ: бывають случаи, когда у эпилептичекъ беременность очень благотворно влiяетъ на теченiе эпилепсiи, при чемъ иногда приступы эпилепсiи прекращаются на время всей беременности,—въ другихъ случаяхъ они появляются, но значительно рѣже и слабѣе (Velpeau, Jofur, Tyler Smith, Sazaux, Berand и др.), чѣмъ въ обычной жизни; еще въ иныхъ случаяхъ беременность не проявляетъ никакого влiянiя на теченiе и частоту эпилептическихъ приступовъ (Schröder, Strümpell); наконецъ беременность можетъ учащать приступы эпилепсiи и ухудшать ея теченiе (Lechapelle) и даже производить эпилепсiю у лицъ, у которыхъ до того времени ея не

¹⁾ Seguin, The Boston medical and surgical Journal, 1891.

было (Echeveria, Gowers, Russel Reynolds и др.). Delasiauve высказываетъ мнѣніе, что въ послѣднихъ случаяхъ вызывающимъ образомъ дѣйствуетъ беременность мужскимъ поломъ, съ чѣмъ совершенно основательно не соглашается Nerlinger. По Hasse, Ellinger'у и Nerlinger'у, въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда беременность дѣйствительно вызываетъ приступы эпилепсіи, послѣдніе никогда не являются у лицъ совершенно здоровыхъ,—а только у лицъ, носящихъ предрасположеніе къ эпилепсіи; или же при одновременномъ воздѣйствіи другихъ вредоносныхъ причинъ, особенно психическаго характера.—Относительно состоянія душевной дѣятельности у беременныхъ эпилептичекъ, можно сказать, что у нихъ нерѣдко наблюдали измѣненія какъ въ формѣ нервнаго возбужденія въ видѣ ухудшенія характера, подозрительности, ревности и проч., такъ и въ формѣ опредѣленныхъ психозовъ: маніи, первичнаго помѣшательства, слабоумія (Nerlinger ¹⁾) и проч. Что касается отношенія приступовъ эпилепсіи къ акту родовъ, то въ однихъ случаяхъ приступы эпилепсіи появляются въ моментъ самыхъ родовъ,—въ огромнѣйшемъ же числѣ случаевъ этого не бываетъ.—Сами по себѣ приступы эпилепсіи въ огромномъ большинствѣ случаевъ не оказываютъ никакого вліянія на беременность и только въ весьма рѣдкихъ случаяхъ они способствуютъ выкидышу и недоразвитію плода. Такое вліяніе однако, по Nerlinger'у, эпилепсія можетъ оказывать только въ status epilepticus, но никакъ не въ обычные ея приступы. Если во время родовъ появляются приступы эпилепсіи, то послѣдовательность появленія ихъ не представляетъ ничего опредѣленнаго: припадокъ можетъ быть одинъ, но можетъ быть ихъ и много,—припадки могутъ смѣняться свѣт-

¹⁾ Nerlinger, Ueber die Epilepsie und das Fortpflanzungsgeschäft des Weiber in ihren gegenseitigen Beziehungen.

лыми промежутками, но могут слѣдовать и непосредственно одинъ за другимъ. Чаше припадки являются у первороженицы, въ чемъ, повидимому, большое значеніе играетъ психическое возбужденіе, раздраженіе нервной системы, потужныя боли, поврежденіе тканей при родахъ и проч.

Въ послѣродовомъ періодѣ приступы эпилепсіи также могутъ появляться, но при этомъ условія ихъ развитія будутъ нѣсколько иныя. Въ этомъ періодѣ будутъ имѣть значеніе: предшествующая беременность со всѣми ея невзгодами, трудность родовъ, сильныя потери крови во время родовъ, значительныя психическія потрясенія въ этомъ же періодѣ, истощеніе въ теченіе кормленія ребенка и новыя какіе либо психическіе или физическіе моменты.

Большинство врачей того мнѣнія, что мать эпилептика не должна кормить своего ребенка: это можетъ ухудшить ходъ эпилепсіи, можетъ вызвать автоматическій приступъ и опасность для ребенка, можетъ во время приступа обусловить выпусканіе ребенка изъ рукъ и т. п.

Въ большинствѣ случаевъ беременность не обнаруживаетъ никакого вліянія на дальнѣйшее теченіе приступовъ, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ теченіе эпилепсіи послѣ беременности ухудшалось. Предположеніе нѣкоторыхъ авторовъ, что брачная жизнь и беременность могутъ способствовать излеченію эпилепсіи у дѣвушекъ рѣшительно не оправдывается наблюденіями; поэтому совѣтъ, даваемый дѣвушкамъ, страдающимъ эпилепсіей, выходить скорѣе замужъ—можно считать неправильнымъ и несправедливымъ.

Менструальная эпилепсія. Очень часто у молодыхъ дѣвушекъ въ періодъ первыхъ менструацій появляются обмороки и обморочные приступы. Эти обмороки часто сопровождаются судоргами и потерей сознанія, а

равно и другими явленіями свойственными эпилепсіи. При этомъ должно однако замѣтить, что въ однихъ случаяхъ эти приступы выражаются только лишь простыми обмороками,—въ другіе же мѣсяцы эти обмороки сопровождаются судорогами. Обыкновенно на эти приступы не обращаютъ никакого вниманія ни окружающіе, ни врачи. Обыкновенно добавляютъ при этомъ: «это ничего»,—«это пройдетъ»,—«это отъ появленія менструаціи»,—«это отъ періода развитія» и проч. И дѣйствительно, сплошь и рядомъ, спустя 8—12 мѣсяцевъ обмороки проходятъ и дѣвушки опять здоровы. Но новыя неблагопріятныя условія вновь вызываютъ обмороки и нерѣдко въ гораздо сильнѣйшей степени. На всѣ подобные случаи обмороковъ я смотрю съ большою подозрительностію и въ огромнѣйшемъ количествѣ случаевъ принимаю ихъ за эпилепсію и назначаю энергичное противуэпилептическое леченіе. Пропущенныя своевременно приступы даютъ возможность укорениться болѣзни и дѣлаютъ ее или неизлечимою, или очень трудно излечимою

Гастрическая эпилепсія. Подъ именемъ гастрической эпилепсіи разумѣется такая ея форма, приступы которой обуславливаются физическими и химическими измѣненіями въ области желудка. Первые указанія на такую зависимость приступовъ эпилепсіи отъ желудка мы встрѣчаемъ въ очень отдаленныя времена. Объ этомъ учили Гиппократъ, Галіенъ, Сennertъ, Mercurialis, Portal и др. Въ новѣйшее время по этому вопросу писали Lepine¹, Pommay, Zacchi, Wynne Foot, Платовъ и др.

¹) Lepine, De l'épilepsie survenue à la suite d'écarts de regime chez des individus tres sanguins et de son traitement, Revue mens. de med. et de chir. 1877.—Pommay, Contrib. à l'étude de l'épilepsie gastrique et de ses relations avec certains nervoses du nerf vague, Revue de medec., 1882.—Zacchi, Epilessia riflessa da catarro

Обращая вниманіе на отношеніе этихъ желудочныхъ разстройствъ, мы не можемъ не усмотрѣть, что въ однихъ случаяхъ механическія раздраженія желудка могутъ обусловить приступы эпилепсіи, какъ это бываетъ напр. при глистахъ, — въ другихъ случаяхъ на приступъ эпилепсіи дѣйствуютъ химическія вещества, вводимыя въ желудокъ и развивающіяся въ немъ и кишечникѣ во время пищеваренія. Можно указать на одни и тѣ же пищевыя вещества, которыя, будучи введены въ желудокъ, въ однихъ случаяхъ производятъ приступы эпилепсіи, механически раздражая желудокъ, — въ другихъ же случаяхъ дѣйствуя на организмъ своимъ химическимъ составомъ, — таковы напр. грибы.

На этомъ основаніи я считаю возможнымъ гастрическую эпилепсію разбить на два отдѣла на гастрическую эпилепсію механическую или рефлекторную (*epilepsia gastrica reflectoria*) и эпилепсію токсическую (*epilepsia gastrica toxica*). Что касается перваго рода эпилепсіи, то много случаевъ указываютъ на возможность возникновенія приступовъ эпилепсіи подъ вліяніемъ раздраженія желудка пищевыми веществами. Таковъ случай П. П. Платова, описанный изъ моей клиники, гдѣ у больного приступъ являлся часто во время приема пищи, или тотъ часъ послѣ него, когда еще не мнѣнно химическій составъ пищевыхъ веществъ могъ повліять на элементы центральной нервной системы. Такіе же случаи описаны Rommey, Zaccchi, Lepin'омъ и др. Мнѣ лично также приходилось неоднократно наблюдать больныхъ, у которыхъ приступы эпилепсіи появлялись немедленно послѣ приема пищи, или даже и во время приема пищи.

Очевидно, въ этихъ случаяхъ приступы эпилеп-

et dilatazione dello stomacho, Lo sperimentale, 1890. — Wynne Foot, Dublin Journal, 1888. — П. П. Платовъ, Гастрическая эпилепсія, Архивъ психіатріи, 1891.

сія являлись рефлекторно. Въ данныхъ случаяхъ пищеварительныя разстройства производили не эпилепсію, а приступы ея у лицъ бывшихъ до того эпилептиками. Такія лица уже отъ природы носятъ въ себѣ эпилептическое предрасположеніе или *эпилептический діатезъ*. Такой діатезъ можетъ быть прирожденнымъ, можетъ быть и благопріобрѣтеннымъ. Само по себѣ такое предрасположеніе можетъ и не давать еще эпилепсін; за то извѣстные болѣзнетворныя вліянія и импульсы могутъ легко вызвать къ жизни самые приступы. Могутъ быть и такіе случаи, когда приступы эпилепсін появляются только въ дѣтствѣ и десятки лѣтъ быть въ скрытомъ состояніи, не проявляться,—а затѣмъ подъ вліяніемъ гастрическихъ разстройствъ возвратиться вновь. Если такія гастрическія разстройства бывають кратковременными, то одного устраненія желудочнаго раздраженія бываетъ иногда достаточно, чтобы устранить припадки эпилепсін и сдѣлать человѣка вновь здоровымъ. Въ другихъ случаяхъ это не такъ легко достигается: желудочное разстройство устраняется, а вызванные имъ приступы эпилепсін остаются на долго, или даже и на всю жизнь. Лучшимъ доказательствомъ нашему положенію служатъ глисты, такъ какъ глистная эпилепсія есть не болѣе, какъ гастрическая эпилепсія. Глисты гнѣздятся въ кишечникѣ почти у каждаго изъ насъ, однако эпилепсія бываетъ только у весьма немногихъ,—у избранныхъ. Очевидно, для появленія приступовъ эпилепсін у того или другого лица подъ вліяніемъ присутствія глистовъ требуется, чтобы данное лицо было уже по природѣ эпилептикомъ.

Такой механизмъ возникновенія приступовъ эпилепсін представляетъ собою рефлекторное воздѣйствіе желудка на центры продолговатаго мозга, дающіе эпилепсію, почему и самый видъ эпилепсін я называю *гастрическою рефлекторною эпилепсіей*.

Лучшимъ доказательствомъ моего предположенія служить случай Gowers'a, въ которомъ у ребенка, проглотившаго грифель, черезъ нѣсколько часовъ появился приступъ эпилепсiи,—спустя же два мѣсяца вскрытіе дало gliom'у въ Вароліевомъ мосту.

Связь эпилептическихъ приступовъ съ желудочнымъ раздраженіемъ устанавливается не только случаями рефлекторной гастрической эпилепсiи, но и другими клиническими наблюденіями. Подобное же явленіе мы встрѣчаемъ въ vertigo e stomacho leso,—т. е. въ головокруженіи, иногда доходящемъ до безсознательнаго состоянія, при переполненномъ желудкѣ, особенно неудобоваримыми веществами. И въ этомъ случаѣ мы имѣемъ на лицо и раздраженіе желудка пищевыми веществами и усиленную привычную или прирожденную раздражимость въ области продолговатаго мозга съ послѣдовательными явленіями головокруженія. Разница между epilepsy gastrica reflectoria и vertigo e stomacho leso будетъ только въ напряженности эффекта: въ первомъ случаѣ получается полный судорожный эпилептический приступъ съ головокруженіемъ, безсознательнымъ состояніемъ и судорогами,—во второмъ же случаѣ только головокруженіе и иногда безсознательное состояніе,—т. е. частичныя явленія полнаго приступа или эквивалентъ petit-mal.

На связь желудочныхъ отравленій съ эпилепсiей указываетъ еще и другая сторона дѣла. Извѣстно, что приступы эпилептическихъ судорогъ нѣдко сопровождаются сокращеніемъ мускуловъ произвольныхъ движеній, слѣдствіемъ чего бываетъ во время припадка произвольное выдѣленіе мочи, испражнений и проч. Бываютъ случаи, правда весьма рѣдкіе (Oliver), когда приступы эпилепсiи сопровождаются рвотой,—я лично, наконецъ, наблюдалъ случаи, когда весь приступъ судорожный выражался только лишь одной рвотой. Эти случаи ясно указываютъ на возможность взаимоотношенія между приступами эпилепсiи и сократительными явленіями желудка,—при чемъ однако исходнымъ пунктомъ является центральное нервное раздраженіе. Если можно установить такое не прямое воздѣйствіе центральной нервной системы на желудокъ, то возможно допустить и обратное воздѣйствіе,—доказательства чему находятся въ гастрической рефлекторной эпилепсiи.

Но кромѣ вышеуказаннаго вида гастрической эпилепсiи я допускаю еще и токсическую гастрическую эпилепсiю. Gallerani и Lussana ¹⁾ доказали, что суще-

¹⁾ *Gallerani ed Lussana*, Rivista sperimentale di freniatria, An. XVII, F. 1 и 2.

ствуютъ химическія вещества, могущія вызывать приступы идіопатической эпилепсіи. Исслѣдованія Магнан'а ¹⁾ тоже указываютъ на то, что абсентъ способенъ обусловливать эпилептическіе приступы у лицъ, не бывшихъ до того эпилептиками. Наконецъ, существованіе вида *epilepsia alcoholica* опять таки служитъ подтвержденіемъ того, что нѣкоторыя химическія вещества, вводимыя въ организмъ человѣка, могутъ производить такія измѣненія въ центральной нервной системѣ, какія бываютъ у настоящихъ эпилептиковъ,— и давать такіе же эпилептическіе приступы, какіе бываютъ и при идіопатической эпилепсіи.

Такимъ образомъ устанавливается возможность измѣненій центральной нервной системы у человѣка подѣ влияніемъ отравляющихъ веществъ (вводимыхъ извнѣ, или развивающихся въ самомъ организмѣ—интоксикаціи и автоинтоксикаціи), способныхъ производить приступы полной судорожной эпилепсіи. Такая токсическая эпилепсія развивается подѣ влияніемъ злоупотребленія алкоголемъ, подѣ влияніемъ сифилитическаго яда, свинца и проч. Во всѣхъ этихъ случаяхъ элементы центральной нервной системы приходятъ въ такое состояніе болѣзненной неустойчивости, что при ничтожнѣйшихъ влияніяхъ могутъ развивать полный эпилептический приступъ.

Подобные же эпилептическіе приступы могутъ появляться отъ чрезмѣрнаго употребленія и злоупотребленія нѣкоторыми сортами пищи, напр. мясной, особенно при сидячей жизни, при прибавленіи алкоголя и замедленномъ обмѣнѣ веществъ. Поэтому многіе авторы, при леченіи эпилепсіи, вовсе возбраняютъ употреблять въ пищу мясо и другія вещества, содержащія значительное количество экстрактивныхъ веществъ.

Помимо общаго такого влиянія нѣкоторыхъ пище-

¹⁾ *Magnan*, Алкоголизмъ.

выхъ веществъ на возникновеніе приступовъ эпилепсіи, бывають случаи, когда эпилептические приступы являются непосредственно подъ вліяніемъ самоотравленія при гастрическихъ разстройствахъ. Massolongo ¹⁾, опубликовано наблюденіе, въ которомъ онъ видитъ причину эпилепсіи въ самоотравленіи, при чемъ устраненіе диспепсіи устранило и приступы эпилепсіи. Въ этомъ случаѣ эпилепсія была гастрическая, но не рефлекторная, а токсическая. Я лично неоднократно наблюдалъ у дѣтей, вовсе не эпилептиковъ, приступы эпилепсіи, при разстройствахъ желудка, а также при запорахъ съ достаточнымъ количествомъ газовъ, при чемъ приступы эпилепсіи немедленно исчезали съ удаленіемъ изъ желудка и кишечника гнилостныхъ и плохопереваренныхъ веществъ.

По моему мнѣнію, токсическая гастрическая эпилепсія можетъ развиваться остро и хронически, — а за тѣмъ весьма важная ея особенность та, что она можетъ являться у людей, какъ съ эпилептическимъ предрасположеніемъ, такъ и у бывшихъ до того совершенно здоровыми, въ силу развитія эпилептического діатеза путемъ постепеннаго отравленія организма продуктами недостаточнаго обмѣна веществъ и ядами.

Къ отдѣлу же рефлекторныхъ эпилепсій слѣдуетъ отнести *пневмоническую эпилепсію* (epilepsia pнеuтоnіса), описанную Lemaig'омъ ²⁾. Эпилепсія эта проявляется приступами обычной судорожной эпилепсіи во время воспаленія легкихъ, которые прекращаются немедленно съ уничтоженіемъ легочной болѣзни.

Сердечная эпилепсія (epilepsia cardiaca), по Talamon ³⁾, состоитъ въ приступахъ сердцебіенія. При этомъ при-

¹⁾ Massolongo, Lo sperimentale, 1889.

²⁾ Lemaig, Revue de medec., 1888, № 10.

³⁾ Talamon, Epilepsie, cardiaque et tachycardie paroxystique, Le mercredi medical, 1891, 2.

ступы появляются внезапно съ головокруженіемъ, длятся отъ нѣсколькихъ минутъ до получаса, проявляются только въ видѣ сердечнаго возбужденія безъ боли въ этой же области и съ усиленнымъ біеніемъ, оканчивается приступъ особеннымъ ощущеніемъ въ области черепа. Talamon наблюдалъ больного 53 л., очень нервнаго, но никогда не имѣвшаго судорожныхъ приступовъ. Больной упалъ съ высоты 8 футовъ на голову, за симъ у него былъ острый бредъ, продолжавшійся полтора мѣсяца. Послѣ этого больной началъ обнаруживать приступы сердцебіенія, начинающіеся внезапно ощущеніемъ головокруженія, сопровождавшіеся подавленностью и ужасной тоской и спустя 20—30' оканчивавшіеся особеннымъ страннымъ ощущеніемъ въ головѣ. Во время приступа сердцебіеніе доходило до 200' и глаза выпячивались впередъ.

Paulet¹⁾ описываетъ приступы *эпилептической астмы* съ предшествующими головными болями и послѣдующей рвотой; всѣ эти явленія происходили очень правильными припадками и уступили леченію только броматами, почему Paulet считаетъ эту форму за «эпилептическій нейрозъ гастрическихъ и бронхіальныхъ вѣтвей п. pueumogastrici».

Ушную эпилепсію описали Noquet, Boucheron²⁾ и др. Она, по послѣднему автору, состоитъ изъ явленій обычной эпилепсіи, происходящей отъ мѣстнаго раздраженія слухового нерва. Ушная эпилепсія имѣетъ діагностическимъ признакомъ оглушеніе, которое предшествуетъ припадку простой эпилепсіи, и кромѣ того, глухоту если эпилепсія смѣшанная, т. е., если она происходитъ отъ пораженія всѣхъ нервовъ, проникающихъ въ среднее ухо.

1) *Paulet*, Journal de med. de Paris, 1888, № 8.

2) *Boucheron*, La semaine medical, 1888.

Сгосц¹⁾ описалъ *сенильную эпилепсію*. По его мнѣнію, сенильная эпилепсія является на ненаслѣдственной почвѣ, а самостоятельно и развивается около семидесятилѣтняго возраста. Проявляется она очень быстро и выражается моментальнымъ наступленіемъ оцѣпенѣнія всего тѣла. Черезъ нѣсколько минутъ отуманенный больной приходитъ въ себя. Такіе приступы могутъ повторяться довольно часто. Причину этихъ болѣзненныхъ явленій Сгосц видитъ въ хроническомъ эндартеритѣ *truncus basillaris*, обусловливающимъ распределение въ мозгу крови. Эндартеритъ этотъ можетъ обуславливаться различными причинами: возрастомъ, жизненными злоупотребленіями, хроническимъ заболѣваніемъ сосудовъ и проч.

Уже Guislain наблюдалъ случаи замѣны эпилептическихъ судорожныхъ приступовъ *приступами апатіи*. Подобный же эпилептический эквивалентъ удалось наблюдать и Féré²⁾. Эти апатические приступы должно отличать отъ приступовъ апатіи послѣ судорожной эпилепсіи, такъ какъ первые наступаютъ не столь быстро, развиваются постепенно, равно и исчезаютъ постепенно. Отличаются они и отъ апатіи бромистой, такъ какъ не сопровождаются другими явленіями бромизма и даже проходятъ подъ вліяніемъ приѣмовъ брома.

Féré³⁾ описываетъ случай *эпилептического спазма писцовъ*. Больной въ дѣтствѣ страдалъ судорогами, приступами ночныхъ страховъ и недержаніемъ мочи по ночамъ. Служа въ банкѣ, онъ сильно утомлялся письменной работой. И вотъ у него начали проявляться такіе приступы: въ рукѣ появлялись мурашки, ощу-

1) *Crocq*, De l'épilepsie des vieillards, Presse med. Belg. 1890.

2) *Dr. Féré*, Note sur l'apathie épileptique, Revue de médecine, 1891.

3) *Féré*, Crampe des écrivains de nature épileptique. La semaine médicale, 1891, 2.

щеніе холода и, при сгибаніи первыхъ трехъ пальцевъ правой руки къ ладони, оцѣпенѣлость въ мускулахъ всей руки. Черезъ нѣсколько минутъ все это проходитъ и больной способенъ продолжать письмо. По исгеченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ, судороги стали общими и приняли характеръ полного эпилептического припадка съ безсознательнымъ состояніемъ.

Samuset ¹⁾ описываетъ эпилептика, у котораго, вслѣдствіе раздраженія на рукѣ раны, явился *тетанусъ*. Пока тетанусъ былъ рѣзко выраженъ, припадковъ эпилепсіи не было, когда же тетанусъ началъ ослабѣвать, приступы эпилепсіи возобновились. При этомъ наблюдалось такое явленіе, что во время приступовъ эпилепсіи тетаническія явленія прекращались и мускулы разслаблялись. Эти явленія Samuset объясняетъ тѣмъ, что тетаническое сокращеніе мускуловъ, обусловленное раздраженіемъ продолговатаго мозга и ослабленіемъ кортикальной дѣятельности, при эпилептическомъ приступѣ подчинялось входящему въ свою силу кортикальному центру, почему при эпилепсіи наблюдалось только ритмическое, а не непрерывное сокращеніе мускуловъ.

Половая эпилепсія. Подъ именемъ половой эпилепсіи мы разумѣемъ такую эпилепсію, проявленія которой находятся въ причинной связи съ неправильностями половыхъ отправленій.

Уже въ очень отдаленныя времена медики обращали вниманіе на взаимосоотношеніе между половыми сношеніями и приступами эпилепсіи, при чемъ одни видѣли въ эпилепсіи подобіе половому акту, другіе видѣли въ послѣднемъ причину приступовъ эпилепсіи, а третьи—спасеніе отъ эпилептическихъ приступовъ. Особенно же настойчиво высказывался тотъ взглядъ, что половыя сношенія очень часто служатъ причиною появленія и развитія эпилепсіи, почему какъ коренное средство противъ эпилепсіи предлагалась кастрація.

¹⁾ *Samuset*, Sur un cas de tetanos chez un epileptique, Archives de Neurolog., № 58.

Нестор Boethius ¹⁾ въ 1536 г. совѣтовалъ производить эпилептикамъ кастрацію не только съ цѣлю избавленія ихъ лично отъ приступовъ эпилепсiи, но и для предупрежденія отъ послѣдней потомства, могущаго унаслѣдовать ее отъ родителей. Platinus Mercatus, Heurnius ²⁾ Coelius Aurelianus ³⁾ и Jean Toxil ⁴⁾ также совѣтовали производить эпилептикамъ кастрацію, исходя изъ того положенія, что эпилепсiя является слѣдствiемъ задержки сѣмени въ яичкахъ. Иначе смотрѣли на дѣло Aretheus ⁵⁾, Asclepiadus et Scribonius Largus. По ихъ мнѣнiю половыя сношенія способствовали уничтоженiю приступовъ эпилепсiи, — Galien же утверждаетъ, что причиною эпилепсiи могутъ служить какъ половыя злоупотребленія, такъ и половое возбужденiе. Democritus сравниваетъ половой актъ съ судорожнымъ приступомъ эпилепсiи, а Faustus говоритъ: Turpis est morbi species horrenda caduco.

Половая область представляетъ двойное отношенiе къ проявленiю эпилепсiи: во 1-хъ, уклоненія въ половыхъ отправленiяхъ идутъ параллельно съ проявленiями эпилепсiи, слѣдовательно, и тѣ и другiя уклоненія служатъ выраженiемъ одного и того же состоянiя вырожденiя, — во 2-хъ, половыя отношенія служатъ причиною и источникомъ эпилепсiи.

Что касается перваго положенiя, т. е. одновременнаго пребыванiя въ организмѣ челоуѣка и половыхъ измѣненiй и эпилептическихъ приступовъ, то явленiе это бываетъ нерѣдко и, разумѣется, касается преимущественно явленiй идиопатической эпилепсiи. Уклоненія половой области въ этихъ случаяхъ могутъ касаться какъ строенiя половыхъ органовъ, такъ и ихъ отправленiй.

Уклоненія въ строенiи и положенiи половыхъ органовъ у эпилептиковъ встрѣчаются довольно не рѣдко (Bourneville et Sollier ⁶⁾) и наблюдаются одинаково какъ

¹⁾ Cronikles Scotland, 1536.

²⁾ Heurnius, Opera omnia, 1658. Epilepsia.

³⁾ Coelius Aurelianus, Morb. chronic., lib. I.

⁴⁾ Toxil, Traité de l'épilepsie, 1602.

⁵⁾ Aretheus, Opera omnia, Morb. chron. I.

⁶⁾ Bourneville et Sollier, Des anomalies des organes genitaux chez les idiots et les epileptiques, Progr. med. 1888.

у женщинъ, такъ и у мужчинъ. {У женщинъ встрѣчаются: неправильное положеніе матки, уклоненія въ области яичниковъ и проч.; у мужчинъ наблюдаются уклоненія въ области яичекъ (монорхизмъ, микрорхизмъ и проч.), а также и полового члена: недоразвитіе его, эписпадія, гипоспадія и проч.

Уклоненія въ отправленіяхъ половой области у эпилептиковъ могутъ быть очень различны. Я наблюдалъ эпилептиковъ, особенно женщинъ, у которыхъ ощущенія во время coitus'a очень понижены, почему такія лица имѣютъ очень пониженное побужденіе и влеченіе къ половымъ отправленіямъ,—въ нѣкоторыхъ случаяхъ полный индифферентизмъ и отвращеніе къ половому акту. Въ другихъ случаяхъ, наоборотъ, наблюдается усиленное и чрезмѣрное побужденіе къ половымъ сношеніямъ (Arndt) и какая-то ненасытная жажда и половая неудовлетворенность. Но эти количественныя уклоненія значительно уступаютъ и стушовываются предъ половыми качественными уклоненіями у эпилептиковъ, предъ извращеніями ихъ полового инстинкта и способами его удовлетворенія онанизмомъ, мастурбацией (Lombroso), педерастіей и пр. Въ этомъ отношеніи имѣется достаточное количество наблюденій: Hammond'a ¹⁾, проф. Тарновскаго ²⁾, мои ³⁾, Laigren'a ⁴⁾, Krafft-Ebing'a ⁵⁾, Платова ⁶⁾ и др.

Вліяніе уклоненій половой области, какъ причиннаго момента при эпилепсіи, можетъ быть разсма-

¹⁾ *Hammond*, Половое безсиліе у мужчинъ, пер. А. А. Говсѣва подъ ред. П. И. Ковалевскаго.

²⁾ *Проф. Тарновскій*, Извращеніе полового чувства, 1885.

³⁾ *Проф. Ковалевскій*, Извращеніе половыхъ влеченій у эпилептика, Архивъ психіатріи, VI, 2.

⁴⁾ *Laigren*, Archives de Neurologie, № 31.

⁵⁾ *Krafft-Ebing*, Сексуальная нейрастенія, 1886.

⁶⁾ *П. П. Платовъ*, Сексуальная эпилепсія, Архивъ психіатріи, т. XVIII, ч. 2, 1891.

триваемо въ двоякомъ отношеніи: во 1-хъ вліяніе патологическихъ измѣненій половыхъ органовъ на возникновеніе припадковъ и во 2-хъ, вліяніе патологическихъ половыхъ проявленій на возникновеніе ихъ. Въ первомъ случаѣ особенно рѣзкое вліяніе обнаруживается у дѣтей фимозъ. Въ однихъ случаяхъ фимозъ играетъ роль непосредственно, вызывая рефлекторно приступы эпилепсіи, въ другихъ случаяхъ фимозъ оказываетъ вліяніе посредственное, способствуя усиленію полового раздраженія, онанизму и проч. Тѣмъ-ли, другимъ-ли способомъ фимозъ дѣйствуетъ на возникновеніе эпилепсіи, однако неоднократно наблюдался тотъ фактъ, что устраненіе фимоза способствовало прекращенію приступовъ эпилепсіи (Fleury ¹), Reverdin ²), Hitchcock ³) и др.).

Вліяніе половыхъ отпавленій на возникновеніе приступовъ эпилепсіи не представляетъ ничего удивительнаго въ виду большого сходства въ проявленіи между половымъ актомъ и приступомъ эпилепсіи. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ мы имѣемъ тоническія, а иногда и клоническія судороги, а такъ же и послѣдовательную адинамію. Будетъ ли удивительнымъ, если у лицъ, предрасположенныхъ къ приступамъ эпилепсіи, неумѣренная повторность половыхъ сношеній послужитъ поводомъ къ проявленію самыхъ приступовъ эпилепсіи, какъ во время самого акта сношенія, такъ и внѣ его. Мнѣ извѣстны случаи, когда актъ полового сношенія у эпилептиковъ заканчивался приступомъ судорожной эпилепсіи. Но при этомъ нельзя не оговориться, что въ подобныхъ случаяхъ актъ половыхъ сношеній является импульсомъ для появленія

¹) *Fleury*, Traité thérapeutique et clinique de l'hydrotherapie, 1875.

²) *Reverdin*, A propos de l'operation du phymosis, Revue med. de la Suisse romand. 1888.

³) *Hitchcock*, Epilepsy, The American Lancet, 1891.

приступа эпилепсіи у лицъ, уже имѣвшихъ эпилепсію. Бываютъ же случаи, когда злоупотребленіе половыми сношеніями служитъ, повидимому, первичнымъ поводомъ къ проявленію эпилепсіи. Особенно видную роль въ этомъ случаѣ играетъ онанизмъ и педерастія. Hammond ¹⁾ дѣлаетъ значительное удареніе на томъ явленіи, что педерасты и онанисты очень склонны къ проявленію эпилепсіи.

Не подлежитъ сомнѣнію, что въ этихъ случаяхъ важную роль играетъ доступность чрезмѣрнаго удовлетворенія, усиленное раздраженіе половыхъ органовъ и усиленное напряженіе фантазіи, которое играетъ при онанизмѣ далеко не послѣднюю роль.

Hammond передаетъ случай Сох'а, въ которомъ говорится, что у одного педераста, послѣ четырехкратнаго акта полового сношенія, явился приступъ эпилепсіи и за симъ въ дальнѣйшемъ эти эпилептические приступы являлись какъ въ моментъ педерастическаго акта, такъ и внѣ его. Послѣ продолжительныхъ, упорныхъ и частыхъ злоупотребленій педерастическимъ актомъ раздраженіе полового члена дошло до того, что у даннаго лица, одно прикосновеніе къ половому члену вызывало приступъ эпилепсіи.

Частая повторность онанистическихъ актовъ точно также можетъ служить поводомъ къ проявленію приступовъ эпилепсіи. Charcot передаетъ одинъ случай, въ которомъ шестнадцатилѣтній мальчикъ сталъ часто подвергаться онанизму, такъ что подъ конецъ лишился способности выдѣленія сѣмени, и вотъ, въ попыткѣ достигнуть этого, онъ получилъ приступъ эпилепсіи, которые за тѣмъ появлялись какъ во время онанизма, такъ и внѣ его.

По Hammond'у есть мужчины, которые испытываютъ половое удовольствіе и наслажденіе только при

¹⁾ Hammond, Половое безсиліе у мужчинъ.

представленіи образа воображаемой или любимой ими женщины со всею обстановкою акта совокупленія. Если этимъ лицамъ удастся достигнуть возможности удовлетворенія своего фантастическаго идеала, то почти всегда они являются импотентными для этого. Эти то лица въ моментъ своего психическаго совокупленія нерѣдко получаютъ приступы эпилепсіи, которые являются какъ въ моментъ этого напряженія фантазіи, такъ и внѣ ихъ.

Такимъ образомъ мы видимъ, что въ однихъ случаяхъ приступы эпилепсіи и половыя ненормальности могутъ существовать совмѣстно и обуславливаться одними и тѣми же причинами; въ другихъ же случаяхъ приступы эпилепсіи могутъ быть обязаны своимъ происхожденіемъ половымъ злоупотребленіямъ.

Epilepsia alcoholica. Отношеніе алкоголя къ эпилепсіи можетъ быть троякое: 1) пьянство родителей порождаетъ эпилепсію у дѣтей,—разумѣется, эта эпилепсія будетъ часто идиопатическая и по праву алкогольная; 2) Алкоголь самъ по себѣ, при невозддержаніи и злоупотребленіи имъ, можетъ производить приступы эпилепсіи у людей, дотолѣ не бывшихъ эпилептиками,—слѣдовательно и этотъ видъ эпилепсіи съ правами носить названіе алкогольной эпилепсіи; 3) Алкоголь чрезвычайно способствуетъ проявленію эпилепсіи у тѣхъ лицъ, у кого она до тѣхъ поръ была скрытою. Во всякомъ случаѣ алкоголь есть лучшій реагентъ для эпилепсіи, чѣмъ сѣрыя ванны для сифилиса. Особенно энергично дѣйствуетъ алкоголь на проявленіе приступовъ эпилепсіи въ тѣхъ случаяхъ, если, при леченіи эпилепсіи, эпилептику назначено было строгое воздержаніе отъ алкоголя и онъ чрезъ нѣкоторое время злоупотребилъ имъ. Очень часто эти эпилептики съ легкой ранимостью къ алкоголю бываютъ уже дѣтьми алкоголиковъ и обладаютъ необыкновеннымъ влеченіемъ къ алкоголю. Алкогольная эпилепсія отличается отъ обыч-

ной идиопатической эпилепсией только чрезвычайно бурнымъ проявленіемъ и можетъ выражаться какъ въ видѣ тѣлесной эпилепсiei, такъ и въ видѣ психической эпилепсiei (П. Ковалевскій ¹⁾). Не смотря однако на бурность проявленія, алкогольная благопріобрѣтенная эпилепсія можетъ быть излечена, при безусловномъ воздержаніи отъ алкоголя и надлежащемъ леченіи.

Кокаинная эпилепсія. Heimann ²⁾ описалъ кокаинную эпилепсію, у одного морфіомана, который, желая избавиться отъ морфіоманіи, началъ принимать кокаинъ,—кончилось однако тѣмъ, что онъ принималъ и кокаинъ и морфій. Съ злоупотребленіемъ кокаиномъ у больного появились приступы эпилепсiei,—но какъ только больной прекращалъ приемы кокаина, эпилепсія прекращалась.

Epilepsia procursiva. Прокурсивною эпилепсией называется такая форма эпилепсiei, въ которой судорожный приступъ замѣняется приступомъ непроизвольнаго и безсознательнаго стремленія къ движенію въ видѣ бѣга впередъ, круговыхъ движеній, скачковъ и топанья на одномъ мѣстѣ. Такимъ образомъ это есть эпилептический эквивалентъ, въ которомъ судорги замѣняются цѣлесообразными дѣйствіями и поступками. Сознаніе при этой формѣ эпилепсiei въ однихъ случаяхъ совершенно теряется и послѣ приступа наступаетъ полное безпамятство,—въ другихъ случаяхъ оно сохраняется отчасти или вполнѣ, хотя больные не могутъ ни воспрепятствовать своему бѣгу, ни измѣнить его направленія. Различаютъ *прокурсивную эпилепсію* въ полномъ смыслѣ слова (*epilepsia procursiva*), когда больной бѣжитъ по прямому направленію,—за тѣмъ *круговую эпилепсію* (*epilepsia rotatoria* (П. А. Троицкій ³⁾) *seu cur-*

¹⁾ П. И. Ковалевскій, Судебно-психіатрическіе анализы, т. I.

²⁾ Heimann, Deutsch. med. Wochenschr. 1889, № 19.

³⁾ П. А. Троицкій, Медиц. Сборн. Варшавск. Уязловск. Госп., 1888, III.

soria (Cramer ¹⁾), когда его бѣгъ принимаетъ круговое направленіе, и—по мнѣнію Lemoine и Delbreil ²⁾, существуетъ еще vertigo procursiva или неполный приступъ прокурсивной эпилепсіи. Прокурсивная эпилепсія можетъ являться или въ видѣ единственнаго эпилептического эквивалента, или въ видѣ aura epileptica въ преэпилептическомъ періодѣ, или въ послѣэпилептическомъ періодѣ, какъ заключеніе приступа. На этомъ основаніи я полагаю ³⁾, что прокурсивная эпилепсія не есть самостоятельный видъ эпилепсіи, какъ утверждаютъ Bourneville ⁴⁾, Mairret ⁵⁾, Ladame ⁶⁾, Haare ⁷⁾ и др., а только лишь одна изъ многочисленныхъ разновидностей эпилепсіи, гдѣ приступъ клоническихъ и тоническихъ судорогъ замѣняется цѣлесообразнымъ дѣйствіемъ. Взглядъ, подобный моему, недавно высказанъ былъ также Büttner'омъ ⁸⁾. Нерѣдко epilepsy procursiva въ началѣ болѣзни существуетъ въ видѣ aura epileptica и затѣмъ уже судорожные приступы прекращаются и остается только бѣгъ по тому или другому направленію. Прокурсивная эпилепсія наблюдается особенно часто у лицъ, представляющихъ приостановку развитія, у тупоумныхъ, идіотовъ и др. дегенератовъ,—и влечетъ за собою, по Lemoine, большой упадокъ умственныхъ силъ. Бываютъ случаи, когда, при насильственной остановкѣ бѣга эпилептика, бѣгъ переходитъ въ приступъ судорожной эпилепсіи или же

1) Cramer, Epilepsia cursoria, Schmid's Jahrbücher, 1891.

2) Lemoine et Delbreil, De l'épilepse procursive, Bulletin d. l. Societe medic. ment. Belgique, № 3.

3) П. И. Ковалевскій, Epilepsia procursiva, Медицина, 1889.

4) Bourneville et Bricon, Epilepsie procursive, Arch. de Neurologie, 1888 и 89.

5) Mairret, De l'épilepsie procursive, Journ. de medecin. 1889, 2.

6) Ladame, Internal. kl. Rundschau, 1889.

7) Haare, Med. News, 1888, № 17.

8) Büttner, Ueber Epilepsia procursiva, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, 1891.

въ приступъ эпилептического буйства. Въ подтвержденіе того, что прокурсивная эпилепсія не представляетъ чего либо самостоятельнаго, а находится въ очень частомъ сочетаніи съ другими видами эпилепсіи, я приведу два очень интересныхъ случая Ная¹⁾.

I. Женщина, 27 л., заболѣла судорожной эпилепсіей 5 л., приступы которой сначала были очень часты, а за тѣмъ, подъ вліяніемъ леченія, замедлились и даже не являлись годами. На 15 г. судорожные приступы начали сочетаться съ приступами разрушенія и буйства. Вскорѣ начали замѣчать, что предъ началомъ судорожнаго приступа больная начинала бѣжать по прямому направленію и послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго бѣга она впадала въ приступъ судорогъ. Послѣ надлежащаго леченія всѣ припадки прекратились, но послѣ родовъ появились снова. Теперь часто бѣгъ былъ одинъ, безъ сопровождающихъ судорогъ. Замѣчено было однако, что если больную во время бѣга задерживали, то приступъ бѣга превращался въ приступъ судорогъ. Если приступъ судорогъ происходилъ въ комнатѣ больной, то она начинала метаться по комнатѣ и разбрасывать все попадающееся ей на пути; но затѣмъ, спустя нѣсколько секундъ, все разбросанное во время приступа она приводила въ порядокъ и, когда приходила въ сознаніе, ничего не помнила ни о произведенномъ безпорядкѣ, ни о приведеніи его въ порядокъ. Во время производимаго ею разрушенія она могла отвѣчать на предложенные ей вопросы, но эти отвѣты были односложны, неохотны и исчезали изъ памяти.

II. У шестилѣтней дѣвочки начались обычные судорожные эпилептическіе приступы, которые за тѣмъ все учащались. На 14-мъ году жизни появилась раздражительность и склонность къ разрушенію. Послѣ тщательнаго леченія, болѣзнь улучшилась и около 4-хъ лѣтъ дѣло шло хорошо; но за тѣмъ судорожные приступы начали сочетаться съ маниакальными приступами. Подъ вліяніемъ леченія и они начали ослабѣвать, но вмѣсто этого выступили приступы бѣга, при чемъ, по мѣрѣ учащенія приступовъ бѣга, судорожные приступы начали появляться рѣже и рѣже.

*Status epilepticus*²⁾. Бываютъ случаи, когда у одного и того же человѣка приступы эпилепсіи въ теченіи

¹⁾ Hay, Unusual epileptic phenomena, The Journal of nervous and ment. disease, 1889, 6.

²⁾ Tissot, Traité des nerfs, 1878, III.—Bouchet и Cazauvieilh, De l'épilepsie considérée dans ses rapports avec l'alienation mentale,

одного дня являются многократно, 20—120 разъ. Это состояніе носитъ названіе *эпилептическое состояніе*—status epilepticus. Образцовые случаи эпилептического состоянія состоятъ въ слѣдующемъ: почти всегда это состояніе развивается безъ предвѣстниковъ,—послѣдніе являются только въ видѣ исключенія и тогда они состоятъ въ томъ, что у обыкновеннаго эпилептика появляется учащеніе приступовъ эпилепсїи въ видѣ отдѣльных группъ: по 3, 5, 7 и т. д. въ сутки, служа какъ бы отдѣльными небольшими приступами status epilepticus (Leroу, Bourneville),—послѣ чего уже наступаетъ и самое эпилептическое состояніе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ status epilepticus развивается постепенно (Witkowski). По Bournewill'ю ¹⁾ въ теченіи status epilepticus должно отличать два періода: конвульсивный и менингитическій. Будетъ ли status epilepticus развиваться съ предвѣстниками, или безъ нихъ, во всякомъ случаѣ *конвульсивный періодъ* состоитъ въ слѣдующемъ: является у обыкновеннаго эпилептика обычный эпилептический приступъ, за нимъ другой, третій, четвертый и т. д. Всѣ эти приступы ничѣмъ не отличаются отъ обычныхъ

Archives gen. medec., 1825.—*Delasiauve*, Epilepsie.—*Bourneville*, De l'etat de mal epileptique.—*Chrichton Brown*, Death in the status epilepticus, Journal of mental science, 1873.—*Obersteiner*, Ueber den status epilepticus, Wien. med. Wochenschr., 1873, 23.—*Leroy*, De l'etat de mal epileptique, 1880.—*Bevan Lewis*, On the termal changes in Epilepsy and epileptic status, Med. Journ. and gaz. vol. I.—*Le Grand du Saule*, De l'etat de mal epileptique. Gaz. des hopitaux, 1885.—*Witkowski*, Berl. kl. Wochenschr., 1886.—*Wilder-muth*, Amylenhydrat gegen Epilepsie, Neurolog. Centralb., 1889.—*Boeyr*, Epilepsie, Progr. medical, 1878, 8.—*Hertz*, Ueber den status epilepticus, 1877.—*Zinsmeister*, Status epilepticus in secundärer stadium der Syphilis, Wiener med. Wochenschr., 1885, 37.—*Harrington Sainsbury*, A case of status convulsivus vel epilepticus, The Journal of ment. science, 1889.—*Lorenz*, Ueber den status epilepticus, 1890.

¹⁾ *Bourneville*, Bullet. de la Societe anatomique, 1869.

приступовъ эпилепсіи, но, по мѣрѣ учащенія приступовъ, они становятся короче и менѣе полными: періодъ тоническихъ судорогъ выпадаетъ, судороги охватываютъ не весь организмъ, а только отдѣльныя группы его и т. п. Въ началѣ послѣ каждаго изъ этихъ судорожныхъ приступовъ наступаетъ сопорозное состояніе съ послѣдующимъ свѣтлымъ промежуткомъ и яснымъ присутствіемъ сознанія; но, по мѣрѣ учащенія приступовъ, больной не успѣваетъ выходить изъ судорожнаго состоянія и сознаніе не проясняется. Зрачки расширены и не реагируютъ на свѣтъ; температура тѣла больного поднимается до $40-41^{\circ}$, при чемъ иногда на одной сторонѣ, на которой судороги сильнѣе, температура выше.—и на другой ниже (Trowbridge ¹⁾),—пульсъ учащенный, но правильный, дыханіе учащенное; лицо цианотично, сосуды шеи также сильно налиты, сонныя артеріи рѣзко пульсируютъ, языкъ обложенъ бѣлымъ налетомъ, тѣло покрыто клейкимъ потомъ, хотя кожа на ощупь горяча, глотаніе затруднено, а иногда и вовсе невозможно, отдѣленія мочевого пузыря и кишечника или задержаны, или выдѣляются непроизвольно, Edes ²⁾ наблюдалъ значительное увеличеніе мочи и мочевины, что указываетъ на чрезмѣрное разрушеніе бѣлковыхъ тканей во время судорожныхъ приступовъ. Nystagmus держится даже въ свѣтлыхъ промежуткахъ, иногда можно наблюдать и подергиванія отдѣльныхъ мускуловъ, иногда при этомъ наблюдаются *roseola* и *erythema* (Lorenz, Obersteiner), въ мочѣ больныхъ почти всегда наблюдается бѣлокъ. Knies ³⁾ у одного мальчика при *status epilepticus* до и во время припадка наблюдалъ сѣуженіе сосудовъ сѣтчатки, послѣ чего насту-

¹⁾ Trowbridge, Status epilepticus, The Journal of nervous and mental disease, 1891, 7.

²⁾ Edes, Status epilepticus, Virginia medical monthly, 1891.

³⁾ Knies, Neurolog. Centralb, 1888, 13.

пило весьма замѣтное венозное расширение. По Greenlees¹⁾, въ періодѣ безсознательнаго состоянія кривая пульса становится монокротичной и дикротичной, а пульсъ дѣлается слабымъ, частымъ, малымъ и почти исчезающимъ.

Если больной въ теченіи 1—2 дней, когда количество судорожныхъ приступовъ можетъ достигать 20—200, эпилептическое состояніе не проходитъ, или больной не умираетъ, то оно вступаетъ во второй періодъ *менингитическій* (Bourneville) или *коматозный* (Binswanger). Въ этомъ періодѣ приступы становятся постепенно рѣже, за то коматозное состояніе дѣлается глубже, при чемъ иногда оно прерывается галлюцинаторными приступами буйства. Больной лежитъ съ расслабленными членами, въ которыхъ отъ времени до времени проявляются отдѣльныя подергиванія мускуловъ, или мускульныхъ группъ, рефлекторныя движенія понижены, или вовсе прекращены, дыханіе поверхностное и стерторозное, является частая рвота, параличъ глотательныхъ мышцъ, рѣзко выраженный поносъ, сильный налетъ на языкѣ, деснахъ, зубахъ и губахъ, температура, понижающаяся по мѣрѣ замедленія приступовъ, теперь вновь начинаетъ повышаться до 40°, а къ концу жизни достигать самыхъ высокихъ предѣловъ (Harrington Sansbury), нерѣдко рвзвиваются гемиплегіи. Бываютъ весьма рѣдкіе случаи, что больные и послѣ этого поправляются, но въ огромнѣйшемъ большинствѣ случаевъ они погибаютъ при явленіяхъ острыхъ пролежней и усиленія вышеуказанныхъ признаковъ. Этотъ періодъ длится обыкновенно 2—3 дня.

Въ противоположность наступленію, выздоровленіе отъ эпилептическаго состоянія идетъ крайне медленно (лизически), при чемъ болѣзнь иногда даетъ возвраты.

¹⁾ Greenlees, The Journal of mental science, 1887, 1.

Status epilepticus является предпочтительно въ свѣжихъ случаяхъ эпилепсіи, чаще у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ, при чемъ, однако, и лучшій исходъ болѣзни бываетъ чаще у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ. Смерть обыкновенно наступаетъ въ 50%. Trowbridg не считаетъ status epilepticus за особый видъ эпилепсіи; это лишь climax эпилепсіи, могущій проявиться при всякой эпилепсіи. Съ этой точки зрѣнія ни одинъ случай эпилепсіи не обезпеченъ отъ наступленія status epilepticus. Патологоанатомическія вскрытія до сихъ поръ не дали ничего такого, чѣмъ бы можно было объяснить бурность явленій и роковой исходъ. Trowbridge при вскрытіи находилъ: ассиметрію мозговыхъ полушарій, неравность вѣса ихъ, переполненіе кровью сосудовъ мозга и оболочекъ, на разрѣзахъ значительное выдѣленіе крови изъ разрѣзанныхъ сосудовъ, серозныя скопленія въ желудочкахъ и подпаутинныхъ пространствахъ.

Unverricht, производя повторно продолжительное время раздраженіе извѣстныхъ участковъ мозговой корки, наблюдалъ, что приступы эпилепсіи у животного становятся интенсивнѣе и быстрѣе и въ концѣ концовъ переходятъ въ status epilepticus. Status epilepticus животныхъ Unverricht дѣлитъ на колебательный и рецидивирующій. Подъ именемъ рецидивирующаго status epilepticus разумѣется такой способъ появленія судорогъ, когда, по прекращеніи одного общаго приступа, судороги наступаютъ второй, третій и т. д.; колебательнымъ же status epilepticus называется такой видъ судорогъ, когда они идутъ сверху внизъ на одной сторонѣ,—затѣмъ въ такомъ же порядкѣ на другой сторонѣ,—затѣмъ на этой же самой снизу вверхъ,—снизу же вверхъ на первой сторонѣ, опять въ первомъ порядкѣ и т. д. Рецидивирующій status epilepticus Unverricht объясняетъ тѣмъ, что при этомъ извѣстное мѣсто мозговой корки находится какъ бы въ хроническомъ состояніи раздраженія, дающемъ все новые и новые импульсы новымъ приступамъ,—колебательная же форма, въ которой раздраженіе

1) *Unverricht, Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Epilepsie, Archiv für Psychiatrie, XV, 2.*

распространяется то по одному, то по другому, противоположному, направленію, имѣетъ, вѣроятно, свое основаніе въ разлитомъ разстройствѣ равновѣсія, при которомъ достаточно уже простого функціональнаго раздраженія, чтобы нарушить это равновѣсіе сосѣднихъ группъ. Интересно то явленіе, что при status epilepticus Unverricht наблюдалъ повышеніе температуры болѣе чѣмъ на 50С.

По отношенію ко времени появленія приступовъ эпилепсіи въ теченіи сутокъ, дѣлятъ эпилепсію на *дневную* (epilepsia diurna) и *ночную* эпилепсію (epilepsia nocturna).

Нѣсколько опытовъ надъ двигательными корковыми центрами при перевязкѣ мо- четочниковъ.

А. Ш п а н б о ж а.

(Изъ Лабораторіи Общей Патологіи при Варшавскомъ Университетѣ).

Измѣняются-ли условія получения двигательныхъ эффектовъ мозговой коры при перевязкѣ мочеточниковъ, гезр. при искусственно вызванной урэміи, сказать съ положительностью трудно. Наличныхъ данныхъ для правильнаго разрѣшенія этого вопроса не достаточно. Въ виду этого считаю позволительнымъ подѣлиться съ читателемъ нѣкоторыми изслѣдованіями, предпринятыми мною по предложенію проф. С. М. Лукьянова.

Опыты свои я производилъ на собакахъ. Вскрывши по обычнымъ правиламъ черепную полость, я испытывалъ возбудимость мозговой коры въ области sulci cruciati; затѣмъ трепанаціонное отверстіе прикрывалось стеклышкомъ и рана зашивалась. Переведя животное изъ брюшнаго положенія въ спинное и захлороформировавъ его, я перевязывалъ оба мочеточника вблизи мочевого пузыря съ соблюденіемъ антисептическихъ предосторожностей. Для дальнѣйшаго наблюденія собака оставлялась въ лабораторіи. Смерть наступала обыкновенно въ теченіе третьихъ сутокъ; иногда, впрочемъ, животное проживало и больше. Состояніе возбудимости мозговой коры испытывалось у оперированнаго животнаго черезъ суточные промежутки. Въ расчетъ принимались только тѣ случаи, въ которыхъ поверхность мозга подъ стеклышкомъ оказывалась чистой, безъ грубыхъ макроскопическихъ измѣненій.

Раздраженіе двигательныхъ участковъ производилось при помощи игольчатыхъ платиновыхъ электродовъ, которые связывались съ индукціоннымъ приборомъ Du Bois-Reymond'a заряжаемымъ элементомъ Grenet. Степень возбудимости оцѣнивалась по минимальному двигательному эффекту. При-

лагались всѣ старанія къ тому, чтобы въ сравниваемыхъ пробахъ всѣ внѣшнія условія опыта были тождественны ¹⁾).

Вотъ краткіе протоколы 8 опытовъ, сопоставленные ради наглядности въ формѣ таблицы.

№ опыта.	День наблюде- нія.	Вѣсъ тѣла въ грм.	Температура in recto.	Разст. катушекъ въ см., соотвѣт. минималн. дви- жат. эффекту.	Искусственная дви- гательная ро- вация.	Примѣчанія.
I.	1	11790	39,0 ⁰	13	Смыка- ніе вѣкъ справа.	Dura mater сохра- нена. Перевязываются моче- точники. Часовъ черезъ 8 послѣ операціи рвота.
	2	11520	37,4 ⁰	11,6	—	Смерть черезъ 11 час. послѣ пробы. Потеря въ вѣсѣ — 270 грм., геср. 2,3 ⁰ / ₀ .
II.	1	8650	39,0 ⁰	16	Приве- деніе пе- редней конеч- ности правой.	Dura mater удалена. Перевязываются моче- точники.
	2	8200	37,7 ⁰	13,5	—	Смерть черезъ 10 час. послѣ пробы. Занѣсколько часовъ до смерти судороги. Обнаженная часть мозга гиперэммирована. Потеря въ вѣсѣ — 450 грм., геср. 5,2 ⁰ / ₀ .
III.	1	8570	38,8 ⁰	14	Рытаже- ніе пе- редней конеч- ности правой.	Dura mater сохра- нена. Перевязываются моче- точники.
	2	8250	38,4 ⁰	13	—	
	3	8100	37,9 ⁰	13	—	Смерть черезъ 9 час. послѣ пробы. Потеря въ вѣсѣ — 470 грм., геср. 5,5 ⁰ / ₀ .

¹⁾ Ср. А. Шпанбока, О двигательныхъ эффектахъ, получае-
мыхъ съ мозговой коры при повышеніи и пониженіи давленія въ
артеріальной системѣ; Архивъ психіатріи, неврологіи и судебной
психопатологіи, 1889—90 гг. См. также Ziegler's Beitrage, Bd.
VIII, p. 283.

№ опыта.	Донъ наблюдо- нія.	Вѣсъ тѣла въ грм.	Температура in recto.	Разст. катушекъ въ см., соотвѣт. миним. дви- гат. эффекту.	Искусственная дви- гательная ре- акція.	Примѣчанія.
IV.	1	6800	39,1 ⁰	13,5	Вытяже- ніе пе- редней конеч- ности правой.	Dura mater сохра- нена. Минимальный двига- тельный эффектъ весьма легко переходить въ общія судороги. Перевязываются моче- точники.
	2	6400	38,8 ⁰	13,5	—	Минимальный двигатель- ный эффектъ въ переходу въ общія судороги не обна- руживаетъ наклонности.— Смерть черезъ 6 час. послѣ пробы. Потеря въ вѣсѣ — 400 грм., гезр. 5,9 ⁰ / ₀ .
V.	1	13400	38,7 ⁰	17,7	Вытяже- ніе пе- редней конеч- ности правой.	Dura mater удалена. Гиперемія обнажен. части. Перевязываются моче- точники.
	2	12900	36,0 ⁰	16	—	Смерть черезъ 12 час. послѣ пробы. Потеря въ вѣсѣ — 500 грм., гезр. 3,7 ⁰ / ₀ .
VI.	1	12300	39,8 ⁰	16,5	Смыка- ніе вѣвъ справа.	Dura mater удалена. Перевязываются моче- точники.
	2	11800	37,7 ⁰	14	—	Часовъ черезъ 8 послѣ пробы начались судороги.
	3	11650	Ниже 34 ⁰	11,5	—	Судороги. Смерть черезъ 6 час. послѣ пробы. Гипе- ремія обнаженной части. Потеря въ вѣсѣ — 650 грм., гезр. 5,3 ⁰ / ₀ .

№ опыта.	День наблюде- нiя.	Вѣсъ тѣла въ грм.	Температура in recto.	Раст. катушекъ въ см., соответ. минималн. дан- г. ат. эффекту.	Испытуемая дви- гательная ре- акція.	Примѣчанiя.
VII.	1	6800	39,1 ⁰	14,5	Приве- деніе пе- редней конеч- ности правой.	Dura mater удалена. Перевязываются моче- точники.
	2	6400	38,8 ⁰	13,5	—	Смерть черезъ 10 час. послѣ пробы. Потеря въ вѣсѣ — 400 грм., гесп. 5,9 ⁰ / ₀ .
VIII	1	5550	39,1 ⁰	15,5	Вытяже- ніе пе- редней конеч- ности правой.	Dura mater удалена. Перевязываются моче- точники.
	2	5480	38,6 ⁰	17	—	Общее состояніе почти не измѣнилось.
	3	5450	37,8 ⁰	14,5	—	Животное вяло. При пріемѣ пищи—рвота.
	4	5330	36,5 ⁰	13,5	—	
	5	4800	36,3 ⁰	10,5	—	Эта проба произведена надъ правымъ полушаріемъ черезъ свѣжее трепана- ціонное отверстіе. Потеря въ вѣсѣ — 750 грм., гесп. 13,5 ⁰ / ₀ . Смерть часовъ черезъ 30 послѣ послѣдней про- бы.— Уретеры растянуты, пузырь въ спавшемся со- стояніи.

Изъ данныхъ, представленныхъ въ таблицѣ, слѣдуетъ съ несомнѣнностью заключить, что въ обстановкѣ нашихъ опы-
товъ условія полученія двигательныхъ эффектовъ отчетливо
измѣняются. Чѣмъ дальше подвигается впередъ урэмиче-
скій процессъ, тѣмъ все больше и больше приходится сдви-
гать катушки индукціоннаго прибора для обнаруженія одной

и той-же минимальной реакціи. Только въ начальныя фазы урэмического процесса замѣчаются иногда обратныя отношенія.

Нельзя, однако же, остановиться на этой находкѣ. Спрашивается: въ какой мѣрѣ рассматриваемыя явленія могутъ быть отнесены на счетъ измѣненія возбудимости въ области самыхъ корковыхъ центровъ?

Отвѣтъ на этотъ вопросъ даютъ слѣдующіе два опыта, въ которыхъ удалялась, между прочимъ, часть коркового вещества.

Опытъ IX.—Собака вѣсомъ 6950 грм. Температура *in recto* 38,8°. Минимальный двигательный эффектъ [приведеніе правой передней конечности] при р. к. = 14,5 см. *Dura mater* сохранена. По удаленіи твердой мозговой оболочки та-же реакція при р. к. = 17,8 см. Удаляется соответствующая часть коркового вещества. Новая проба даетъ минимальный эффектъ при р. к. = 16 см. Затѣмъ перевязываются оба мочеточника. Животное оставляется для дальнѣйшаго наблюденія.—Черезъ 2 сутки послѣ перевязки мочеточниковъ вѣсъ тѣла—6640 грм., температура—37,1°. Проба надъ лѣвымъ полушаріемъ. Прежній минимальный эффектъ при р. к. = 14 см. Дѣлается новое трепанационное отверстіе съ правой стороны. Минимальный двигательный эффектъ [приведеніе лѣвой передней конечности] при р. к. = 18,5 см. Устраняется *dura mater*. Теперь та-же реакція наблюдается при р. к. = 16,8 см. По удаленіи сѣраго вещества—при р. к. = 16,5 см.—Относительно общаго состоянія животнаго должно замѣтить слѣдующее. Операция надъ мочеточниками была произведена около полудня. Къ вечеру того-же дня рвота. На слѣдующій день, послѣ приѣма жидкой пищи, снова рвота. Животное затѣмъ отказывается отъ пищи. Оно въ угнетенномъ состояніи. На третьи сутки начались судороги, очень упорныя. Собака убивается.—Аутопсія показала, что операция произведена была правильно; нагноенія въ ранѣ живота нѣтъ; лоханки и мочеточники разстануты.

Опытъ X.—Собака вѣсомъ 5820 грм. Температура *in recto* 38,8°. Минимальный двигательный эффектъ (приведеніе правой передней конечности) при р. к. = 14,8 см.; при этой пробѣ *dura mater* была въ сохранности. По удаленіи твердой мозговой оболочки та-же реакція при р. к. = 17,8 см. Вырѣзывается соответствующая часть коркового вещества. Новое испытаніе показываетъ, что минимальный эффектъ достигается теперь при р. к. = 16 см. Перевязываются оба мочеточника.—Черезъ 2 сутокъ вѣсъ тѣла—5590 грм. температура—37,0°. Дѣлается свѣжее трепанационное отверстіе съ правой стороны. До удаленія твердой мозговой оболочки минимальный двигательный эффектъ (приведеніе лѣвой передней конечности) получается при р. к. = 14 см., а послѣ удаленія—при р. к. = 16,5 см. Вырѣзывается соответствующая часть коркового вещества. Та-же реакція при р. к. = 16,5 см. На раньше оперированной сторонѣ (т. е. лѣвой) проба не дѣлается, въ виду мѣстныхъ измѣненій.—Собака убивается черезъ удушеніе. При вскрытіи: лоханки и мочеточники очень разстануты; пузырь въ спавшемся состояніи; въ полости брюха много желто;

ватаго цвѣта жидкости; поверхностныя части мозга представляются отечными; нагноенія въ ранѣ нѣтъ. — Относительно прижизненныхъ явленій слѣдуетъ отмѣтить еще слѣдующее. Животное все время въ угнетенномъ состояніи. Рвота послѣ приема воды на второй день. Отъ пищи собака отказывается.

Легко замѣтить, что, по смыслу вышеприведенныхъ протоколовъ, мы, дѣйствительно, имѣемъ право думать, что измѣненіе возбудимости связано именно съ мозговой корой: въ то время, какъ до удаленія сѣраго вещества минимальная двигательная реакція получается у урэмического животного при уменьшенномъ противъ нормы разстояніи катушекъ, послѣ вырѣзыванія соотвѣтствующей части коры возбудимость оказывается почти нормальной.

И такъ, возбудимость двигательнаго пояса при перевязкѣ мочеточниковъ падаетъ. Отъ какихъ же ближайшихъ причинъ зависить это явленіе?

Прежде всего можно было бы заподозрить хлороформный наркозъ, примѣнявшійся при перевязкѣ мочеточниковъ. Слѣдуетъ, однако, имѣть въ виду, что пробы надъ возбудимостью производились частію до наркоза, частію черезъ сутки и болѣе послѣ наркоза. Уже а priori мало вѣроятно, чтобы вліяніе наркоза (притомъ кратковременнаго) могло затягиваться на такіе продолжительные сроки. И дѣйствительно, провѣрочные опыты показали, что роль хлороформнаго наркоза равняется въ настоящемъ случаѣ нулю.

Во вторыхъ, должно принять въ расчетъ голоданіе животныхъ ^{1]}. Какъ видно изъ протоколовъ опытовъ, всѣ наши животныя болѣе или менѣе теряли въ вѣсѣ, отчасти вслѣдствіе желудочно-кишечныхъ расстройствъ, отчасти вслѣдствіе отказа отъ пищи. Но и значеніе этого фактора никоимъ образомъ не должно быть преувеличиваемо. Особые опыты показали намъ, что въ первый періодъ голоданія (даже абсолютнаго) возбудимость мозговой коры скорѣе повышается, чѣмъ падаетъ, что находится, по всѣмъ вѣроятіямъ, въ связи съ травмой. Вотъ протоколы относящихся сюда двухъ опытовъ.

Опытъ XI. — Собака вѣсомъ 9100 грм. Температура *in recto* 39,1°. Минимальный двигательный эффектъ (приведеніе передней правой конечности) при р. к. = 15 см. *Dura mater* сохранена. Начало голоданія (полнаго). — Черезъ 24 ч. вѣсъ тѣла — 8770 грм., температура — 38,9°. Потеря въ вѣсѣ — 330 грм., гевр. 3,6%. Та же двигательная реакція при р. к. = 16 см.

^{1]} П. Розенбахъ, О вліяніи голоданія на нервныя центры. Дисс. С.-Петербургъ, 1883

Опытъ XII. — Собака вѣсомъ 12870 грм. Температура *in recto* 39,0°. Минимальный двигательный эффектъ (смыканіе вѣкъ справа) при р. к.=14 см. *Dura mater* сохранена. Начало голоданія. — Черезъ 24 ч. вѣсъ тѣла—12600 грм., температура—39,3°. Потеря въ вѣсѣ—270 грм., гевр. 2,1⁰/₁₀. Та-же двигательная реакція при р. к.=14,5 см. Удаляется *dura mater*. При новой пробѣ на возбудимость, минимальная реакція получается при р. к.=16 см. — Еще черезъ 24 ч. вѣсъ тѣла—12300 грм., температура—39,8°. Потеря въ вѣсѣ (общая) — 570 грм., гевр. 4,4⁰/₁₀. Минимальный двигательный эффектъ (указанный раньше) достигается теперь при р. к.=16,5 см.

Очевидно, голоданіе ни при чемъ. Если въ болѣе поздніе періоды голоданія возбудимость падаетъ, то отсюда еще не слѣдуетъ, чтобы у нашихъ животныхъ, которыя только рѣдко переживали третьи сутки, голоданію позволительно было приписывать рѣшающее значеніе.

Въ-третьихъ, можно было бы заподозрить мѣстные измѣненія, зависящія не столько отъ урэмін, сколько отъ самой операціи надъ черепной полостью. Но и этимъ предположеніемъ задача изъясненія не исчерпывается. Съ одной стороны, этому допущенію противорѣчатъ опыты IX и X, а съ другой—опыты XI и XII. Въ первыхъ двухъ опытахъ паденіе возбудимости обнаружено на свѣже-обнаженныхъ участкахъ, а второе заставляютъ думать, что мѣстные измѣненія, имѣющія воспалительный характеръ, предрасполагаютъ скорѣе къ повышенію, чѣмъ къ паденію возбудимости.

Остается, въ-четвертыхъ, рассмотреть вліяніе охлажденія животныхъ. Дѣйствительно, температура тѣла при урэмін падаетъ, что наблюдалось и въ нашихъ случаяхъ. Извѣстно также, что при непосредственномъ охлажденіи мозговой коры возбудимость ея понижается¹⁾. Слѣдуетъ, однако, помнить, что въ среднемъ изъ первыхъ 8 опытовъ температура за первыя сутки урэмін оказывается упавшей на 1,2°, возбудимость же мозговой коры—на 1,1 см. р. к. (даже если считать опытъ VIII, гдѣ на второй день наблюденія отмѣчено повышеніе возбудимости); нельзя далѣе забывать о томъ, что въ промежуткахъ между пробамъ черепная рана была, по возможности, защищена. Значеніе этихъ оговорокъ всего лучше выясняется изъ слѣдующихъ двухъ опытовъ.

Опытъ XIII. — Собака средней величины. Температура *in recto*—39,0°. Минимальный двигательный эффектъ (вытяженіе правой передней конечности) при р. к.=14,5 см. Животное обмѣ-

¹⁾ Gerber, Beiträge zur Lehre von der electr. Reizung des Grosshirns, In.-Diss. Königsberg, 1888.

двигается (преимущественно со стороны живота) мышцами со льдомъ. Черезъ 3 ч. температура *in recto*—35,6°. Та-же минимальная реакція при *p. k.*—14,2 см. Черезъ 5 ч. температура *in recto*—35,2°. Тотъ-же двигательный эффектъ при *p. k.*—14,2 см. Мышки удаляются и животное отъезжаетъ со стола. — Черезъ сутки — температура *in recto*—36,9°. Прежняя двигательная реакція получается теперь при *p. k.*—12,0 см.

Опытъ XIV. — Собака вѣсомъ 9470 грм. Температура *in recto*—38,4°. *Dura mater* снята. Минимальный двигательный эффектъ (вытяжение передней правой конечности) при *p. k.*—15,5 см. Животное подвергается полному голодаію. Черезъ 2 сутокъ вѣсъ тѣла 8870 грм., температура *in recto*—38,8°. Потеря вѣса — 600 грм., гезр 6,30%. Та-же двигательная реакція получается теперь при *p. k.*—16,5 см. — Затѣмъ продѣлывается опытъ съ непосредственнымъ охлажденіемъ мозговой коры при помощи накладки пробирки, наполненной льдомъ. Пробы на возбудимость черезъ каждыя 5 мин. Получаемъ слѣдующій рядъ цифръ: черезъ первыя 5 мин. — *p. k.*—16 см.; черезъ вторыя — *p. k.*—14,5 см.; черезъ третьи — *p. k.*—14 см. Пробирка удаляется. Черезъ 5 м. та-же реакція достигается при *p. k.*—16 см., черезъ 10 мин. — то-же.

О чемъ же свидѣлствуютъ эти опыты? Изъ первой половины опыта XIII явствуетъ, что при паденіи температуры *in recto* на 3,8° паденіе возбудимости мозговой коры отвѣчаетъ сравнительно ничтожной величиной—0,3 см. *p. k.* Конечно, можно было бы сослаться на то, что охлажденіе тѣла было въ этомъ случаѣ не достаточно полное и всестороннее; но вѣдь искусственное охлажденіе продолжается цѣлыхъ 5 часовъ. Что это воздѣйствіе было далеко не безразлично для животнаго, слѣдуетъ изъ того, что черезъ сутки температура *in recto* найдена была субнормальной. Правда, возбудимость мозговой коры оказалась при этомъ пониженной на 2 см. *p. k.* (при температурной разности въ 2,1°); врядъ-ли, однако, рѣшится кто-нибудь сводить это послѣдовательное пониженіе возбудимости на одно только паденіе температуры тѣла. — Что касается до опыта XIV, то первая половина его служитъ новымъ подтвержденіемъ того, что было сказано относительно вліянія голодаію. Изъ второй части приходится далѣе заключить, что даже у голодающаго животнаго рѣзкое непосредственное охлажденіе мозговой коры въ теченіи 15 мин. понижаетъ возбудимость очень нестойкимъ образомъ.

Принимая во вниманіе все только-что сказанное, мы должны сознаться, что пониженіе температуры тѣла при урѣмѣи имѣетъ, съ нашей точки зрѣнія, лишь относительное значеніе. Конечно, въ случаяхъ затяжныхъ, при болѣе глубокомъ паденіи температуры, возбудимость изслѣдуемыхъ

приборовъ будетъ падать уже въ силу одного охлажденія тѣла; но было бы натяжкой сводить къ этому фактуру всю сущность дѣла.

Подведемъ же итоги. Не подлежитъ, повидимому, сомнѣнію, что паденіе возбудимости мозговой коры, отмѣченное въ нашихъ опытахъ съ перевязкой мочеточниковъ, является послѣдствіемъ нарушеннаго обмѣна веществъ, характернаго для уремій, независимо отъ попутныхъ воздѣйствій, перечисленныхъ въ предъидущихъ четырехъ пунктахъ. Весьма возможно, впрочемъ, что, помимо токсическаго дѣйствія тѣхъ или другихъ веществъ, задержанныхъ въ тѣлѣ, вліяютъ въ соотвѣтствующемъ смыслѣ и различныя циркуляторныя разстройства, предполагаемыя при уреміи.

Скажемъ еще нѣсколько словъ относительно судорогъ (по преимуществу, тоническихъ). Мы вынесли такое впечатлѣніе, что судороги всего сильнѣе выступаютъ въ тѣхъ случаяхъ, когда паденіе возбудимости мозговой коры особенно значительно. Невольно возникаетъ предположеніе, что источникомъ судорогъ являются при уреміи подкорковые центры, освободившіеся изъ-подъ регулирующаго вліянія корковыхъ приборовъ ¹⁾. Постараемся, впрочемъ, не впадать въ крайности: мы уже обращали вниманіе на то, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ удается подмѣтить при перевязкѣ мочеточниковъ и усиленіе двигательныхъ эффектовъ, получаемыхъ съ мозговой коры. Въ виду разнообразія клиническихъ припадковъ уремій и сложности уремической интоксикаціи ²⁾, заключенія наши должны быть очень осторожны: лучше не скупиться на оговорки, чѣмъ искусственно устранять встрѣчающіяся затрудненія.

¹⁾ Ср. Meynert'a, *Psychiatrie*, Bd. I.—См. также Vetter'a. *Ueber die Pathogenese der Epilepsie auf Grund der neuereu Experimente*; *D. Archiv p. klin. Medicin*, Bd. 40.

²⁾ Ср. L. Landois, *Die Urämie*; Wien u. Leipzig, 1890; см. также G. Gallerani и F. Lussana, *Arch. per le scienze med.*, 1890, vol. XIV, fasc. III и IV, p. 211.

П а с с и в и з м ъ.

(Замѣтки по вопросам сексуальной психопатологии).

Д. Н. Стефановскій.

Изъ всѣхъ потребностей человѣка любовь является единственною потребностью, которая не ограничена индивидуальнымъ организмомъ, а простирается на два, взаимно ею связанныхъ организма, мужской и женскій. Въ любви, однако, соприкасаются не только два тѣла, но и двѣ души. На почвѣ физической похоти возникаетъ между мужчиною и женщиною рядъ сложныхъ психическихъ отношеній, среди которыхъ главное мѣсто принадлежитъ чувству нѣжности, чувству симпатіи влюбленныхъ другъ ко другу, такъ что любовь иногда даже опредѣляется, какъ половая форма симпатіи.

Однако, въ проявленіяхъ полового инстинкта встрѣчаются иногда такіе случаи извращенія этого послѣдняго, въ которыхъ на мѣсто симпатіи является чувство злобы, ничѣмъ не вызванной враждебности; физическое или моральное страданіе одного доставляетъ другому болѣзненное наслажденіе. Замѣчательно, что подобнаго рода болѣзненные наслажденія происходятъ въ половое возбужденіе не только когда причиняютъ другому страданіе, но даже и тогда, когда сами добровольно подвергаются страданію, котораго жадно ищутъ.

Явленія перваго рода носятъ названіе «сализма», и давно уже извѣстны въ спеціальной литературѣ. Напротивъ, случаи добровольнаго мученичества, жажда истязаній отъ любимой руки, оставались до послѣдняго времени безъ надлежащаго объясненія. Въ настоящемъ очеркѣ я намѣренъ подвергнуть анализу всю область этихъ явленій, которымъ, для ясности, дамъ общее имя «пассивизма».

Изъ предыдущаго ясно, что сализмъ и пассивизмъ представляютъ изъ себя два взаимно противоположныхъ явленія, но въ тоже время соотвѣтствуютъ одно другому. Въ то время какъ сализмъ желаетъ быть палачемъ, пассивистъ стремится

быть жертвою; одинъ наслаждается видомъ чужого страданія, другой ищетъ всякаго рода униженій и оскорбленій, умоляетъ о томъ, чтобы его били и терзали, и находятъ въ томъ высшее сладострастіе.

Въ обоихъ случаяхъ основное фізіологическое влеченіе осложняется чувствомъ жестокости, которая вноситъ въ любовь новый, совершенно чуждый ей элементъ, ощущеніе боли, въ самыхъ разнообразныхъ формахъ. Такая примѣсь боли создаетъ особую группу половыхъ извращеній съ рѣзко очерченнымъ характеромъ, къ изученію которыхъ мы и приступимъ.

I.

Я не считаю нужнымъ останавливать вниманіе читателя на подробномъ описаніи явленій садизма. Въ моей работѣ о тираннизмѣ (Архивъ № 1 и 2 за 1890 г.) я сдѣлалъ попытку разобрать общіе источники стремленія къ мучительству, при чемъ выяснилъ, что главную роль въ этихъ случаяхъ играетъ чувство наслажденія своею силою, безграничнымъ могуществомъ, а также и чувство контраста между собственнымъ благосостояніемъ и страданіями жертвы. Тѣ же самыя соображенія примѣнимы и къ садизму, который имѣетъ общую психологическую основу съ тираннизмомъ, и отличается отъ послѣдняго только своимъ половымъ характеромъ. Въ сущности же садизмъ есть «эротическій тираннизмъ».

Въ подтвержденіе того, что наслажденіе проявленіемъ своей силы и контрастъ между состояніемъ палача и жертвы составляетъ главный источникъ садистическаго сладострастія, я позволяю себѣ привести отрывокъ изъ статьи одного психопата садиста, который старается логически объяснить и оправдать свое болѣзненное извращеніе.

«Почему же необходимо, спрашиваетъ онъ, чтобы женщина испытывала наслажденіе въ то время, когда мы его испытываемъ? Только развѣ наша гордость можетъ быть удовлетворена этимъ. Но такое же гордое наслажденіе, и даже болѣе сильное и острое, можетъ явиться, если при-

«нудить эту женщину отказаться от своего удовольствія, «чтобы она всецѣло служила только нашему. Развѣ пол-
 «ная власть меньше льститъ нашему эгоизму, чѣмъ чело-
 «вѣколюбіе? Словомъ сказать, тотъ, кто приказываетъ, ско-
 «рѣе является властелиномъ, нежели тотъ, кто дѣлится.
 «Такимъ образомъ, для увеличенія нашего наслажденія вовсе
 «не нужно, чтобы оно раздѣлилось, напротивъ, для приданія
 «ему высшей пикантности, необходимо, чтобы мужчина на-
 «слаждался насчетъ женщины; необходимо взять отъ жен-
 «щины все, что только можетъ увеличить наслажденіе. Со-
 «стояніе самой женщины не имѣетъ никакого значенія для
 «удовлетворенія нашей чувственности; все равно, будетъ ли
 «она радоваться или терзаться, любить насъ или ненави-
 «дѣть. Существуетъ ли хоть одинъ благоразумный человѣкъ,
 «который старался бы раздѣлить свое наслажденіе съ прости-
 «туткою? А между тѣмъ тысячи мужчинъ имѣютъ сношенія
 «съ этими тварями и испытываютъ при этомъ удовольствіе.—
 «Установивъ, что удовольствіе, доставляемое намъ женщи-
 «ною, не стоитъ ни въ какой зависимости отъ того, что она
 «сама испытываетъ въ это время, можно пойти дальше и
 «сказать, что если бы женщина даже испытывала при этомъ
 «страданія и мученія, то этимъ она только увеличила бы
 «наслажденіе терзающаго ее деспота. Дѣло въ томъ, что
 «сладоострастное ощущеніе, лежащее въ основѣ любви, мо-
 «жетъ всегда возникнуть только въ двухъ случаяхъ: во пер-
 «выхъ, когда женщина обладаетъ наиболѣе привлекатель-
 «нымъ для насъ родомъ красоты, или во вторыхъ, когда
 «мы приведемъ женщину въ состояніе наивысшаго возбуж-
 «денія. Известно, что наивысшее возбужденіе можетъ быть
 «вызвано болью; ощущенія боли очевидны, несомнѣнны;
 «они не такъ обманчивы, какъ ощущенія удовольствія, ко-
 «торые вѣчно разыгрываются женщинами, но никогда ими
 «не испытываются. И сколько нужно къ тому же самоувѣ-
 «ренности, молодости, силы, здоровья, чтобы вызвать у
 «женщины это сомнительное ощущеніе удовольствія. Напро-
 «тивъ, ощущеніе боли ни въ чемъ не нуждается. Чѣмъ
 «мужчина старѣе и противнѣе, тѣмъ скорѣе онъ достигаетъ
 «цѣли, которая состоитъ въ томъ, чтобы какимъ бы то ни
 «было образомъ привести женщину въ состояніе наивысшаго
 «возбужденія. Стало быть тотъ, кто произведетъ у женщи-
 «ны подобное возбужденіе, кто глубже потрясетъ весь ея
 «организмъ, тотъ и доставитъ этимъ самому себѣ наибольш-

«шее наслаждение. Отсюда слѣдуетъ, что сластолюбивый эгоистъ, всецѣло преданный только собственному удовольствію, будетъ стараться, по мѣрѣ возможности, всегда причинять наивысшую степень боли той женщинѣ, которою обладаетъ, и чѣмъ больше возбужденія произведетъ онъ въ ней, тѣмъ сильнѣе будетъ испытываемое имъ удовольствіе». Въ этихъ дикихъ и варварскихъ разсужденіяхъ ясно слышится извращенное наслаждение чувствомъ собственной силы и власти надъ другимъ существомъ, по контрасту съ его безпомощностью.

II.

Въ монографіи проф. Тарновскаго «объ извращеніи полового чувства» находится превосходное описаніе одного случая пассивизма, который я приведу дословно.

«Другой больной, наблюденіе надъ которымъ сообщено мнѣ д-ромъ М. А. Вицъ, устраивалъ для приступа чрезвычайно сложную обстановку черезъ преданное ему лицо, знавшее его болѣзнь. Заранѣе нанималась отдѣльная квартира, въ которую помѣщали проститутку, въ видѣ госпожи, и при ней кухарку и горничную изъ ея же товаровъ. Всѣ знали твердо, что имъ надлежало дѣлать. Наступалъ приступъ. Больной, не выдавшій ни одного изъ подговоренныхъ лицъ, являлся въ указанную квартиру, гдѣ его раздѣвали, подвергали всевозможнымъ насиліямъ въ половомъ отношеніи, онанизировали, сѣкли и т. п.—все въ извѣстномъ порядкѣ и согласно сдѣланнымъ указаніямъ. Больной, повидимому, сопротивлялся, бранился, сердился, просилъ прощенія, но тѣмъ не менѣе исполнялъ всѣ требованія. Затѣмъ ему давали что нибудь поѣсть, приказывали лечь спать, не выпускали никуда, не смотря на его просьбы, били его, если онъ не слушался. Такъ продолжалось нѣсколько дней. Когда приступъ кончался, что узнавало по извѣстнымъ явленіямъ довѣренное лицо, наблюдавшее издали за припадкомъ, но не показывавшееся больному—его выпускали. Черезъ нѣсколько дней онъ являлся къ своему семейству—женѣ и дѣтямъ, не подозрѣвавшимъ его болѣзни. Умный, очень образованный, дѣловой, богатый, онъ всегда находилъ основательные предлоги для исчезновенія во время приступа, повторявшагося разъ, иногда два въ годъ».

Здѣсь мы встрѣчаемся съ полнѣйшею противоположностью садизму; больной, описанный Тарновскимъ, ищетъ униженій

и страданій отъ руки наемныхъ проституткоѣ. Его половая сфера приходитъ въ сильнѣйшее возбужденіе подъ вліяніемъ болевыхъ ощущеній, исходящихъ отъ субъекта другого пола. Примѣры подобнаго рода извѣстны давно. Прототипомъ пассивистовъ слѣдуетъ считать Руссо, который въ началѣ своей «Исповѣди» дѣлаетъ откровенное признаніе, что въ раннемъ дѣтствѣ чувственность его проснулась подъ вліяніемъ наказанія розгами, которому онъ подвергнутъ былъ своею воспитательницею. Руссо испыталъ при этомъ такое наслажденіе, что оно положило отпечатокъ на всю его половую сферу. Втеченіе всей жизни онъ всегда приходилъ въ необычайное возбужденіе при одной мысли о томъ, что онъ стоитъ въ робкой и покорной позѣ передъ гордою, надменною красавицею, которая осыпаетъ его упреками и бранью, надѣляетъ ударами и побоями.

Въ этомъ желаніи подвергнуться истязанію отъ женской руки и лежитъ тайный источникъ пассивной флагаелляціи. Во всѣ времена было извѣстно, что истощенные развратомъ люди прибѣгаютъ къ сѣченію розгами, которое дѣйствуетъ какъ могущественное *arhrodiziacum*. Врачи объясняли дѣйствіе розогъ фізіологически, что розги будто бы усиливали притокъ крови къ поясищѣ и ягодицамъ, и этимъ путемъ возбуждали ослабѣвшіе нервы половыхъ частей. Однако, подобное объясненіе всецѣло опровергается простымъ соображеніемъ, что такіе больные требуютъ сѣченія женскою рукою, а отнюдь не мужскою. И Руссо говоритъ, что экзекуція навѣрно ему бы не такъ понравилась, если бы была произведена не воспитательницею, а ея братомъ. Стало быть ясно, что флагаелляція дѣйствуетъ, главнымъ образомъ, психически, раздражая сладострастіе пациента мыслью о подчиненіи его женщинѣ. Къ тому же слѣдуетъ прибавить, что стимуломъ для пассивиста не всегда служитъ флагаелляція, но и множество другихъ актовъ, самаго разнообразнаго характера. Такъ напр. въ книгѣ Геммонда «О половомъ безсиліи» приводится случай одного больного, который находилъ наслажденіе въ томъ, чтобы женщины попирали его ногами. Съ этою цѣлью онъ приходилъ въ лупанаръ, приглашалъ нѣсколькихъ дородныхъ и тяжеловѣсныхъ женщинъ въ особую комнату. Тамъ онъ обнажалъ грудь и спину до пояса, но всегда сохранялъ нижнюю половину костюма. Затѣмъ онъ ложился на полъ, а проститутки должны были ходить по комнатѣ и наступать на него своими башмаками,

причемъ онъ требовалъ даже, чтобы онъ нажимали покрѣпче и оставались стоять на немъ.

Такими же пассивистическими наклонностями слѣдуетъ объяснить и тѣ случаи, когда больные, хотя и не подвергаются истязаніямъ, но находятъ патологическое удовольствіе въ униженіи передъ женщиною, въ перенесеніи отъ нея разныхъ оскорбленій и обидъ. Мнѣ извѣстенъ случай, когда одинъ старый купецъ упрашивалъ нѣсколькихъ проституттокъ плевать въ стаканъ, и затѣмъ жадно поглощалъ эти плевки и слюны. У проф. Тарновскаго приводятся примѣры лицъ, для которыхъ роль возбuditеля играетъ актъ дефекаціи у женщинъ, это такъ называемые *stercoraires*. Сюда же слѣдуетъ отнести и случаи *cunnilingus*. Иногда больному мало самоуниженія, мало оскорбленій, ему необходимо еще извѣстное насиліе надъ нимъ. По словамъ проф. Тарновскаго: «его надо насильно раздѣть, или связать ему руки, привязать къ скамейкѣ, и т. п. причемъ онъ притворно сердится, бранится, слабо сопротивляется. Только при этихъ условіяхъ удары розогъ вызываютъ возбужденіе, оканчивающееся изверженіемъ сѣмени. Въ этомъ періодѣ болѣзни актъ совокупленія обыкновенно вовсе не совершается, и сѣмя нерѣдко извергается безъ всякой эрекціи».

Обращаясь къ анализу душевнаго состоянія пассивиста можно сказать, что основной чертой этого состоянія является отреченіе отъ своей воли, полнѣйшее подчиненіе волѣ и прихотямъ женщины. Не слѣдуетъ смѣшивать этого состоянія съ такъ называемою «абуліею», такъ отчетливо описанной Рибо. При абуліи больной превращается въ манекена, у него исчезаютъ всѣ импульсы, онъ полумертвецъ. Въ пассивизмѣ, напротивъ, воля выѣтся на лицо, но вся она стремится подчиниться чужой волѣ, отдаться подъ ея власть. Воля пассивиста всецѣло направлена на то, чтобы служить безпрекословно всѣмъ женскимъ прихотямъ и капризамъ.

Такимъ образомъ больной превращается въ слугу, раба, игрушку въ рукахъ женщины, и чѣмъ она безсердечнѣе, злѣе, тѣмъ больше испытываетъ онъ наслажденія. Ему хотѣлось бы найти женщину—садистку, которая сама наслаждалась бы его мученіями, и въ этомъ его высшее счастье. Больной переносится, такъ сказать, въ душу любимой женщины, онъ живетъ ея ощущеніями, и собственное страданіе претворяется для него въ удовольствіе, если только ей пріятно это страданіе.

Среди современных нѣмецкихъ писателей есть одинъ романистъ, Захеръ Мазохъ, который вѣроятно обладаетъ сильнымъ пассивистическими наклонностями, ибо во всѣхъ своихъ разсказахъ и романахъ постоянно изображаетъ героевъ-пассивистовъ, которые отдаютъ себя во власть демонической женщины. Эта женщина оскорбляетъ ихъ, мучаетъ, тиранитъ, и тѣмъ сильнѣе приковываетъ ихъ къ себѣ. Наиболѣе характернымъ и полнымъ является разсказъ его, озаглавленный «Венера въ мѣху». Все содержаніе разсказа сводится къ тому, что красивый и образованный юноша, влюбленный по уши въ холодную кокетку, добровольно дѣлается ея лакеемъ, и подвергается жестокимъ экзекуціямъ со стороны строгой барыни, которая сѣчетъ его безпощадно, за дѣло и безъ дѣла. Разсказъ интересенъ какъ подробное описаніе душевнаго состоянія пассивиста, и содержитъ къ тому же нѣкоторыя любопытныя разсужденія автора.

«Чѣмъ преданіе будетъ женщина, говоритъ онъ въ «предисловіи, тѣмъ скорѣе подпадетъ она подъ власть мужчины. Напротивъ, чѣмъ больше будетъ въ ней жестокости «и вѣроломства, чѣмъ грубѣе, безсовѣстнѣе, безжалостнѣе «станетъ она обращаться съ мужчиною, тѣмъ сильнѣе возбуждитъ она въ немъ сладострастіе, тѣмъ горячѣе будетъ она «нимъ любима и обожаема. Такъ было во всѣ времена, начиная съ Елены и Деллы, до графини Дюбарри и Лолы «Монтець. Для мужчины нѣтъ ничего болѣе сладострастнаго, «какъ мысль о развратной и жестокой красавицѣ, которая «спокойно и небрежно мѣняетъ своихъ фаворитовъ».—Въ «другомъ мѣстѣ герой разсказа проводитъ слѣдующіе взгляды: «Для меня, говоритъ онъ, въ страданіи лежитъ особая прелесть. Ничто такъ не въ состояніи разжечь мою чувственность, какъ тиранія, жестокость, и въ особенности не- «постоянство красивой женщины. Въ дѣтствѣ, лѣтъ десяти «отъ роду, я съ наслажденіемъ читалъ разсказы о пыткахъ «и казняхъ. Мнѣ казалось, что высшимъ наслажденіемъ для «меня было бы подвергнуться такимъ пыткамъ отъ руки «жестокой красавицы. Позднѣе я пришелъ къ заключенію, «что вся суть женщины, главнѣйшее ея призваніе состоитъ «въ продолженіи человѣческаго рода, что таково ея пред- «назначеніе. Женщина являлась для меня олицетвореніемъ при- «роды, богинею Изидою, а мужчина игралъ роль ея жреца, «ея раба. Женщина оказывалась жестокою по отношенію «къ мужицѣ, суровою, какъ сама природа, которая поль-

«зуются предметомъ для своихъ цѣлей, а потомъ спокойно «бросаетъ его за ненадобностью. Для мужчины же сохраняется сладострастное наслажденіе въ самыхъ мученіяхъ, «даже въ смерти отъ женской руки.— Моею любимую мечтою было сдѣлаться рабомъ красавицы, которую я обожалъ «бы всей душою, и которая въ награду сѣкла и терзала бы «меня, которая отталкивала бы меня пинкомъ ноги, отдаваясь въ тоже время другому». Герой разсказа добивается «наконецъ осуществленія этого идеала, причемъ, обращаясь «къ возлюбленной, восклицаетъ: я съ наслажденіемъ сдѣлаюсь твоимъ рабомъ, сдѣлаюсь твоею полною безграничною собственностью. Ты можешь распоряжаться мною по «произволу, я не буду тебѣ въ тягость. И въ то время какъ «ты будешь наслаждаться всѣми благами жизни, будешь предаваться роскоши, нѣгѣ и любви, я буду рабски служить «тебѣ, подавать и сбрасывать сапожки. Какое наслажденіе «чувствовать себя въ твоей полной власти, знать, что зависишь отъ твоей малѣйшей прихоти, отъ движенія твоего «пальца. И какой восторгъ испытаетъ рабъ, при твоей благосклонности, когда онъ дерзнетъ цѣловать уста, которымъ «принадлежитъ право надъ его жизнью и смертью».

III.

Явленія садизма и пассивизма теряютъ свою загадочность, если мы съ большимъ вниманіемъ отнесемся къ обыденной любви и ея проявленіямъ. Мы увидимъ тогда, что большинство этихъ проявленій обыкновенно сопровождается садистическими или пассивистическими элементами. Такъ напр., простой поцѣлуй у болѣе страстныхъ натуръ приближается къ укусу, и влюбленные иногда дѣйствительно кусаютъ другъ друга. Точно также актъ дефлораціи всегда почти сопровождается болью для женщины, и слѣдовательно тоже обладаетъ признаками садизма. Съ другой стороны извѣстно, что влюбленные возвеличиваютъ, идеализируютъ предметъ своей страсти, поклоняются ему; становятся на колѣни, цѣлуютъ руки, ноги. Все, что принадлежитъ предмету поклоненія, становится особенно дорого и мило. По остроумному замѣчанію нѣмецкаго сатирика Вебера: «влюбленный готовъ, подобно поляку, съ наслажденіемъ пить изъ башмачка своей красавицы; готовъ грызть ея туфлю съ большимъ аппетитомъ, нежели хорошаго гуся; онъ носитъ выпавшій у нея зубъ вмѣсто брелока, собираетъ, какъ драго-

цѣнность, ея ленточки и записочки, и готовъ съ наслажде-
ніемъ заплатить талеръ за блоху изъ ея сорочки».

Главнымъ отличіемъ этихъ легкихъ симптомовъ садизма и пассивизма отъ вышеописанныхъ серьезныхъ формъ можно признать ихъ безвредность и подчасъ необходимость. Женщина, напр., заставляетъ страдать своего поклонника, мучаетъ его, но дѣлаетъ это изъ желанія убѣдиться въ силѣ и глубинѣ его чувства. Точно также влюбленный приноситъ жертвы ради предмета своей страсти, но жертвы эти цѣлесообразны, онѣ имѣютъ смыслъ и цѣну. Можно пожертвовать богатствомъ, славою, даже жизнью ради любимой женщины, и этого нельзя назвать пассивизмомъ; но безцѣльное и безпричинное самонистязаніе, служащее только способомъ раздраженія чувственности вполне заслуживаетъ этого названія.

Въ нашихъ женскихъ институтахъ былого времени развивалась особая форма пассивизма, которая носила особую кличку «институтскаго обожанія». Сущность этого обожанія состояла въ томъ, чтобы переносить разныя страданія во имя предмета страсти и всячески угождать ему. Такимъ предметомъ страсти, или выражаясь по институтски «обже», могъ быть всякій: любой учитель, сторожъ, швейцаръ, дворникъ, священникъ; имъ могли быть классныя дамы, подруги и знакомыя. Обыкновенно предметъ обожанія даже ничего не зналъ о томъ, но влюбленныя дѣвицы выкалывали булавами на своемъ тѣлѣ его вензель, постились въ его честь и пр. и пр. Имъ приходилось слышать про такихъ институтокъ, что онѣ подъ страхомъ наказанія бѣгали въ переднюю, гдѣ висѣла шинель ихъ обжэ, цѣловали его шинель, проглатывали грязь съ его галошъ и т. п. Всѣ эти глупости разумѣется проходили съ теченіемъ времени, но иногда онѣ оказывали очень вредное вліяніе на нервныхъ и слабыхъ дѣвочекъ, способствуя развитію истерики и другихъ душевныхъ заболѣваній. За отсутствіемъ подходящаго примѣра изъ дѣйствительной жизни, я осмѣлюсь привести отрывокъ изъ талантливаго разсказа Достоевскаго: «Неточка Незванова». Считаю долгомъ указать, что глубина и вѣрность психологическаго анализа у Достоевскаго доходитъ до такой степени, что его повѣсти представляютъ собою научный матеріалъ болѣе цѣнный и точный, чѣмъ инныя наблюденія специалистовъ-психіатровъ.

Темою разсказа служить изображеніе дружбы между двумя дѣвочками съ невропатическою подкладкою, приче́мъ у обѣихъ возникаютъ первыя смутныя проявленія полового чувства, въ сопровожденіи пассивистическихъ и садическихъ симптомовъ. Это зародышъ тѣхъ самыхъ процессовъ, которые въ своемъ дальнѣйшемъ ходѣ приводятъ къ сафизму (amor lesbicus).

....«Я была влюблена въ мою Катю. Да, это была любовь, настоящая любовь, любовь со слезами и радостями, любовь страстная, которая доходила даже до странности.

Одинъ разъ я украдкою взяла у ней платокъ, въ другой разъ ленточку, которую она вплетала въ волосы, и по цѣлымъ ночамъ цѣловала ихъ, обливаясь слезами.—Помню, я иногда просыпалась ночью, вставала съ постели, и на ципочкахъ подходила къ княжнѣ. Я заглядывалась по цѣлымъ часамъ на спящую Катю, при слабомъ свѣтѣ ночной нашей лампы: иногда садилась къ ней на кровать, нагибалась къ лицу ея, и на меня вѣяло ея горячимъ дыханьемъ. Тихонько, дрожа отъ страха, цѣловала я ея руки, плечики, волосы, ножку, если ножка выглядывала изъ подъ одѣяла».—

Подобное обожаніе не могло остаться незамѣченнымъ со стороны книжны Кати; она тоже была влюблена въ Неточку и подружки объяснились. Последнюю ночь передъ разлукой онѣ провели въ одной кровати, осыпая другъ друга поцѣлуями и ласками.

— «Неточка, шептала Катя, — ангелъ ты мой, я вѣдь тебя такъ давно, такъ давно ужъ люблю.—Слушай, мнѣ очень хотѣлось любить тебя, а потомъ вдругъ ненавидѣть захочется, и такъ ненавижу, такъ ненавижу. Не знаю за что.—Думаю, зацѣлю я ее когда нибудь или исциплю всю до смерти. Вотъ тебѣ, глупенькая ты эдакая! и княжна уципнула меня.—Ну теперь, что хочешь со мной, то и дѣлай. Тирань меня, щипли меня! Пожалуйста уципни меня; голубчикъ мой, уципни!.... И мы цѣловались, плакали, хохотали; у насъ губы распухли отъ поцѣлуевъ. Далѣе, мы тутъ же выдумали, что мы будемъ дѣлать завтра, послѣзавтра, и вообще разсчитали жизнь чуть-ли не на двадцать лѣтъ. Катя выдумала, что мы будемъ такъ жить: она мнѣ будетъ одинъ день приказывать, а я все исполнять, а на другой день на оборотъ: я приказывать, а она безпрекословно слушаться, и т. д.».

Въ этомъ отрывкѣ особеннаго вниманія заслуживаютъ инстинктивныя, почти безсознательныя проявленія пассивизма у обѣихъ дѣвочекъ. Неточка обожаетъ Катю, цѣлуетъ ея ленточки и платки, просиживаетъ часы у ея постели. Катя въ свою очередь обожаетъ Неточку и жаждетъ получить страданіе отъ ея руки. Какъ многозначительны эти слова Кати: «Ну теперь, что хочешь, со мной, то и дѣлай! Тирань меня, щипли меня!» Въ этой фразѣ, какъ въ фокусѣ, сконцентрирована вся суть пассивизма. На самой послѣдней ступени упадка, обезумѣвшій, оскотинѣвшій пассивистъ обращается къ наемной проституткѣ съ тѣми же словами: «тирань меня, что хочешь со мной, то и дѣлай».

Наряду съ пассивизмомъ у Кати являются и зародыши садизма. Она хочетъ измучить Неточку, исщипать ее до смерти. Замѣчательно, что эти проявленія садизма чередуются съ проявленіями пассивизма. Она то любитъ Неточку, то ненавидитъ ее. Эта же самая смѣна обоехъ настроеній очень тонко изображена въ другой повѣсти Достоевскаго, подъ названіемъ «Игрокъ». Въ этой повѣсти съ неподражаемымъ мастерствомъ очерченъ типъ пассивиста, влюбленнаго до безумія въ дѣвушку, и въ тоже время ее ненавидящаго. Герой готовъ по первому знаку красавицы броситься въ пропасть, готовъ на подлость, на преступленіе, и вмѣстѣ съ тѣмъ до того подчасъ ее ненавидитъ, что готовъ хоть заколотъ ее на мѣстѣ.

Наряду съ этимъ примѣромъ я могу указать на тотъ общій фактъ, что больные садизмомъ въ тоже время обладаютъ обыкновенно и пассивистическими наклонностями, прибѣгаютъ какъ къ активной, такъ и къ пассивной флэгелляціи: они охотно подвергаются мученіямъ, и даже требуютъ, чтобы и ихъ истязали, подобно тому, какъ истязаютъ они сами.

Если мы сопоставимъ эти переходы отъ садизма къ пассивизму, то невольно зададимся вопросомъ: нѣтъ ли взаимной связи между этими двумя повидимому столь разнородными состояніями? Быть можетъ нѣкоторый свѣтъ на эти явленія прольютъ факты психической поляризаціи, открытые Бине и Фере (см. Binet et Féré. Le magnetisme animal. p. 225). Подъ этимъ именемъ разумѣется то особенное видоизмѣненіе галлюцинацій у гипнотизируемаго, которое происходитъ подъ вліяніемъ прикосновенія къ нему магнитома. Такъ

напр., усыпленной женщиной внушаютъ, чтобы она, по пробужденіи, побила Фере. Въ тоже время приближаютъ магнитъ къ ея правой ногѣ. Она просыпается, видитъ Фере и замахивается, чтобы дать ему пощечину. При этомъ она говоритъ: «не знаю отчего, но мнѣ ужасно хочется его ударить!» Затѣмъ, черезъ минуту, ея лицо проясняется, она становится ласковою, нѣжною, и обращается къ тому же Фере, намѣреваясь обнять его. «Ахъ, какъ мнѣ хочется его поцѣловать!»! Послѣ этого наблюдается нѣсколько послѣдовательныхъ колебаній, т. е. смѣнъ гнѣва и нѣжности.

Ближайшая причина явленія до сихъ поръ непонятна, но весьма возможно, что она лежитъ въ общей ритмической основѣ всякой нервной дѣятельности. Если явленія, столь противоположныя, какъ любовь и ненависть, могутъ, какъ это показываетъ опытъ, взаимно викарировать подъ вліяніемъ магнита или другихъ стимуловъ, то почему не допустить, что у невро- и психопатовъ съ распатанною нервной системою, такая поляризація можетъ возникать и сама собою. Настроеніе такихъ больныхъ измѣнчиво, капризно; ихъ постоянно мечетъ то въ одну, то въ другую сторону. Что же удивительнаго, если они болѣе другихъ людей подчинены ритму смѣны нѣжнаго и гнѣвнаго настроеній?

IV.

Я уже имѣлъ случай указать, что въ основѣ садизма и пассивизма лежитъ отсутствіе симпатіи между обоими полами, каждый любитъ другого эгоистически, желаетъ только собственного удовольствія. Это примѣнимо также и къ пассивизму, потому что и здѣсь больной не имѣетъ истинной любви, истиннаго сочувствія къ женщинѣ. Она ему нужна, какъ орудіе для возбужденія сладострастія. Повидимому онъ стремится угождать ея малѣйшимъ прихотямъ, сдѣлаться ея рабомъ. Однако эта симпатія въ сущности фиктивная; это такъ сказать иллюзія симпатіи. На самомъ дѣлѣ ему дороги свои собственныя ощущенія, его радуетъ не дѣйствительная зависимость отъ женщины, а зависимость притворная, вся направленная на то, чтобы разжечь его похоть.

Итакъ, въ основѣ интересующаго насъ явленія лежитъ эгоизмъ, расторгающій связь между мужчиной и женщиной, ту самую связь, въ силу которой двое должны быть «одною плотью». Такимъ образомъ, все, что ведетъ къ ослабленію этой коренной связи, тѣмъ самымъ усиливаетъ эгоистическіе

элементы, и въ концѣ концовъ приводитъ къ садизму или пассивизму въ той или иной формѣ.

Среди этихъ этиологическихъ моментовъ я обращаю вниманіе читателей главнымъ образомъ на слѣдующіе три: порнографію, онанизмъ и проституцію.

1. Порнографія вліетъ особенно гибельно на молодое, подростающее поколѣніе. Начать съ того, что книга преждевременно будитъ дремлющее половое чувство ребенка и вызываетъ его наружу. Во всѣхъ книгахъ, журналахъ и газетахъ ежедневно встрѣчаются описанія и сцены, неотразимо дѣйствующія на молодое, горячее воображеніе. «Не женщина любви насъ учитъ, а первый пакостный романъ». вмѣстѣ съ тѣмъ книга изображаетъ любовь преимущественно съ бульварной, клубничной стороны. Воображеніе юноши или дѣвочки грязнится, въ немъ возникаютъ сладострастные образы и грезы, которыя вѣчно дразнятъ его и соблазняютъ. Стало бытъ вмѣсто реальной женщины является призракъ, химера, вмѣсто простого, здороваго чувства—неудержимое влеченіе къ чему то туманному, фантастическому. Преждевременно и односторонне развитое воображеніе носится съ грязными, но соблазнительными картинками, мучается неудовлетворенностью и кончаетъ обыкновенно мастурбаціею. Таково вліаніе современной литературы, которая вся можетъ быть въ этомъ смыслѣ названа порнографическою.

2. Онанизмъ ведетъ дѣло разрушенія дальше. Здѣсь полный расцвѣтъ эгоистическихъ чувствъ. Субъектъ остается совершенно одинокимъ, изолированнымъ. Онъ обращаетъ исключительное вниманіе на свои собственные ощущенія. Главный вредъ онанизма не столько физическій, сколько моральный. Здѣсь исключается важнѣйшій факторъ половой жизни, другое существо иного пола. Отсутствіе этого существа пагубнѣйшимъ образомъ отражается на онанистѣ. вмѣсто реальной женщины онъ рисуетъ себѣ самые фантастичные и сладострастные образы. Когда же онъ сойдется съ дѣйствительною женщиною, то впечатлѣніе окажется столь слабымъ, что онанистъ нерѣдко остается импотентнымъ. Но если онъ даже и остается здоровымъ! физически, то все таки его душевный міръ загубленъ. Онанизмъ приучаетъ смотрѣть на физическое наслажденіе какъ на самоцѣль, какъ на главнѣйшую и важнѣйшую часть любви. Это та самая точка зрѣнія, которая такъ возмущаетъ насъ въ вышеприведенныхъ разсужденіяхъ садиста. Юноша онанистъ превращается

въ развратника, для котораго весь смыслъ любви въ совокупленіи. Дальнѣйшаго онъ не признаетъ. Онъ похожъ на полуслѣпого, глаза котораго только и могутъ отличать свѣтъ отъ тьмы, но для котораго непонятно неисчерпаемое богатство формъ и красокъ видимаго міра.

Итакъ, основной вредъ онанизма не въ физиологическомъ притупленіи нервной чувствительности *glandis penis*. Эта чувствительность можетъ быть восстановлена должной діетой и терапіею. Онъ вреденъ также не порчею воображенія страстными образами, не тою формою «психическаго онанизма», про которую такъ много говорилось въ послѣднее время. Нѣтъ, главнѣйшій вредъ онанизма состоитъ въ изоляціи субъекта, въ томъ, что физическая сторона любви отдѣляется отъ моральной, и практикуется въ грубѣйшемъ видѣ, въ полномъ и безусловномъ одиночествѣ.

3. Проституція повидимому помогаетъ этому горю. Мужчина дѣйствительно не остается болѣе одинъ, онъ обладаетъ необходимымъ элементомъ для соитуса, предъ нимъ реальное женское существо, а не химера. Но что это за женщина! Въ ней убита стыдливость, въ немъ убита ревность. А ревность и стыдливость главнѣйшіе факторы болѣе высокой любви. Юноша знаетъ, что эта женщина ежедневно отдается нѣсколькимъ мужчинамъ, которые постоянно мѣняются. Въ свою очередь и юноша мѣняетъ этихъ женщинъ. Онъ пріучается къ мысли, что никакого сочувствія со стороны женщины не нужно (какъ это и доказывалось вышепомянутымъ садистомъ), что ласки можно покупать, что съ женщиною можно имѣть сношеніе не только не любя ее, но даже совсѣмъ не зная ея, не сказавъ съ ней ни слова. Въ юношѣ развивается циническое отношеніе къ любви и къ женщинѣ, а отсюда остается одинъ шагъ до садизма.

Извращеніе и исчезновеніе чувства ревности бываетъ частымъ спутникомъ того разрыва между мужчиной и женщиной, который вызывается онанизмомъ и проституціею. Оба эти порока обнажаютъ, такъ сказать, корень любви и лишаютъ его здоровыхъ соковъ. Ревность представляетъ собою одинъ изъ основныхъ элементовъ здороваго полового чувства. Она даже можетъ служить мѣриломъ здоровья и болѣзни. Порочный и развратный человѣкъ все же способенъ испытывать ревность. Не будучи самъ вѣренъ, онъ однако цѣнитъ въ женщинѣ цѣломудріе и постоянство. Онъ ревнуетъ къ ея настоящему, а иногда даже и къ прошлому. Больной

человѣкъ, напротивъ, страдаетъ полнымъ отсутствіемъ ревности. Ему нѣтъ дѣла до поведенія женщины, онъ готовъ раздѣлить ее съ кѣмъ угодно, безъ малѣйшаго чувства гадливости. Напротивъ, самыя сложныя формы coitus'a во множественномъ числѣ только дразнятъ его чувственность и привлекаютъ его. Личность женщины, ея тѣлесная и душевная чистота—для него безразличны. Скорѣе даже ему придется по вкусу опытная жрица Венеры, которая видѣла виды на своемъ вѣку, и сумѣетъ всячески возбудить его страсть. Такое притупленіе, такая атрофія ревности является спутникомъ какъ садизма, такъ равно и пассивизма. Для садиста женщина есть машина, орудіе, которымъ онъ безъ малѣйшаго зазрѣнія пользуется сообразно съ своими извращенными вкусами. Для пассивиста точно также ревность не существуетъ; чистота и скромность женщины будутъ ему только помѣхой. Напротивъ, чѣмъ порочнѣе и развратнѣе женщина, тѣмъ сильнѣе вліетъ она на воображеніе пассивиста. Достаточно вспомнить приведенные отрывки изъ разсказа Захеръ-Мазоха, изъ которыхъ видно, что для пассивиста измѣна женщины только увеличиваетъ ея обаяніе. Женщина, чтобы приковать мужчину навѣки, прежде всего, по его мнѣнію, должна быть невѣрно этому мужчине. Въ измѣнѣ любимой женщины заключается для него болѣзненное наслажденіе, какое то высшее сладострастіе.

Вмѣстѣ съ ревностью подавляется также и чувство красоты. Такая атрофія эстетическаго чувства тоже можетъ служить мѣриломъ патологическаго состоянія. Развратникъ пренебрегаетъ душевною красотою, но тѣмъ сильнѣе ищетъ красоты тѣлесной. Больной, напротивъ, лишенъ способности цѣнить даже физическую красоту. Онъ смотритъ не на красоту женщины, а на ея физическія особенности, и подчасъ уродства обладаютъ для него особою притягательною силою.

Типомъ перваго рода можетъ служить развратникъ, описанный въ одномъ изъ романовъ Теофиля Готье. «Я всегда требовалъ отъ женщины, говоритъ онъ, только одной вещи—красоты. Я охотно обойдусь безъ ихъ ума и души. Для меня красавица всегда умна; она умна тѣмъ, что красива, и лучшаго ума я не знаю.—Если мнѣ покажутъ красавицу съ душою самою черною въ мірѣ, любодѣйку и отравительницу, признаюсь, для меня это будетъ совершенно безразлично, и ничуть не помѣшаетъ мнѣ наслаждаться ея видомъ, какъ скоро я найду правильной форму ея носа».

Типомъ второго рода является фигура старика Карамазова въ безсмертномъ романѣ Достоевскаго. Въ отдѣльной книгѣ романа, озаглавленной «Сладострастники», нашъ гениальный психологъ ярко изобразилъ патологическое состояніе отца Карамазова, который уже переступилъ границу, отдѣляющую порокъ отъ болѣзни. Для него, по его словамъ, не существуетъ дурнушекъ, старыхъ дѣвъ, уродовъ и т. п. Во всякой женщинѣ, по его мнѣнію, можно найти что нибудь особенное, пикантное. И онъ сумѣлъ найти эту пикантность въ зловонной, грязной, паршивой идиоткѣ, прозванной «Лизаветою Смердящею». Вообще, я отсылаю читателя къ подлиннику, который проникнуть неподражаемою реальностью и глубиной. Слушая Карамазова невольно начинаешь понимать всѣ ужасы, описываемые въ спеціальной литературѣ половыхъ извращеній, вплоть до садизма и некрофиліи.

Въ заключеніе я позволю себѣ указать, что болѣзненная атрофія ревности и чувства красоты была изучена мною болѣе подробно, чѣмъ это требовалось настоящимъ очеркомъ, къ которому она не имѣетъ непосредственнаго отношенія. По этому я и ограничиваюсь только общимъ указаніемъ, что атрофія ревности и вкуса вытекаетъ изъ тѣхъ же общихъ условій, какъ и атрофія симпатіи, и что проявленія первой очень часто идутъ рука объ руку съ проявленіями второй, изучаемыми здѣсь нами подъ именемъ садизма и пассивизма.

V.

Было бы очень интересно прослѣдить изображеніе садизма и пассивизма въ поэзіи и въ романѣ. Вопросы эти, въ той или иной формѣ, нерѣдко избирались темою для художественныхъ произведеній. Такая задача, однако, отклонила бы меня слишкомъ далеко отъ намѣченной цѣли. Тѣмъ не менѣе я считаю долгомъ обратить вниманіе читателей на гениальныя поэмы двухъ нашихъ великихъ поэтовъ, Пушкина и Лермонтова, которые художественнымъ чутьемъ стремились къ этой таинственной области. Небольшая поэма Лермонтова, подъ названіемъ «Тамара», была написана имъ въ послѣдніе мѣсяцы передъ смертью, въ маѣ—іюлѣ 1841 года. Фантастическая дымка окутываетъ все это стихотвореніе, въ которомъ много недоговореннаго. Царица Тамара, прекрасная, какъ ангелъ, но коварная, какъ демонъ, привлекаетъ въ свой замокъ путешественниковъ; они проводятъ ночь въ ея объятіяхъ, а на слѣдующее утро ихъ трупы

выбрасываются въ Терекъ. Знаменитая поэма Пушкина: «Египетскія ночи» тоже была задумана въ послѣдніе годы его жизни. Къ сожалѣнію, она не была имъ окончена, и осталась въ видѣ отрывковъ, значительнѣйшій изъ которыхъ представляетъ извѣстную «Клятву Клеопатры». Нашъ великій поэтъ, читавшій такъ глубоко въ человѣческомъ сердцѣ, не могъ пройти мимо одной изъ наиболѣе странныхъ загадокъ этого сердца. Поэтъ любви, изучившій и воспѣвшій любовь, какъ никто другой, долженъ былъ наконецъ дать объясненіе тому таинственному явленію садизма, которое мы теперь изучаемъ. Пушкинъ смѣло затронулъ эту тему, и можно съ увѣренностью сказать, что въ литературѣ всего міра нѣтъ ни одного произведенія, которое съ такой откровенностью, и въ то же время скромностью, съ такимъ реализмомъ и въ то же время художественностью, изображало бы душевное состояніе садиста. На основаніи одной строки латинскаго историка: «Клеопатра была такъ развратна и такъ прекрасна, что многіе купили ея ласку цѣною жизни»—на основаніи этой одной строки Пушкинъ создалъ ослѣпительную картину, которая производитъ потрясающее впечатлѣніе. Я чувствую свое безсиліе выразить это впечатлѣніе, и предоставляю сдѣлать это другому великому художнику, Достоевскому:

«Припомнимъ сами эту импровизацію, говорить онъ.— Пиръ; его картина. Царица была весела, она оживляла своихъ гостей, но вотъ она задумалась, она склонилась головой надъ золотой чашей; гости безмолвны, все молчитъ. Эти гости вѣроятно знаютъ свою царицу и ждутъ чего нибудь чрезвычайнаго. Это рабы ея; а она—это представительница того общества, подъ которымъ уже давно пошатнулись его основанія. Уже утрачена всякая вѣра; надежда кажется однимъ бесполезнымъ обманомъ; мысль тускнѣетъ и исчезаетъ: божественный огонь оставилъ ее. Общество совратилось, и въ холодномъ отчаяніи предчувствуетъ передъ собою бездну, и готово въ нее обрушиться. Жизнь задыхается безъ цѣли. Въ будущемъ нѣтъ ничего; надо требовать всего у настоящаго, надо наполнить жизнь однимъ насущнымъ. Все уходитъ въ тѣло, все бросается въ тѣлесный развратъ, и чтобы пополнить недостающія высшія духовныя впечатлѣнія, раздражаетъ свои нервы, свое тѣло всѣмъ, что только способно возбудить чувствительность. Самыя чудовищныя уклоненія, самыя ненормальныя явленія становятся мало по

малу обыкновенными. Даже чувство самосохраненія исчезаетъ. Клеопатра—представительница этого общества. Ей теперь скучно, но эта скука посѣщаетъ ее часто. Что нибудь чудовищное, ненормальное, злорадное еще могло бы разбудить ея душу. Ей нужно теперь сильное впечатлѣніе. Она уже извѣдала всѣ тайны любви и наслажденій. Развратъ ожесточаетъ душу, и въ ея душѣ давно уже есть что то, способное чувствовать мрачную, болѣзненную и проклятую радость отравительницы Бренвилле при видѣ своихъ жертвъ. Но это душа сильная, сломить ее еще можно не скоро; въ ней много сильной и злобной ироніи. И вотъ эта иронія зашевелилась въ ней теперь. Царицѣ захотѣлось удивить всѣхъ этихъ гостей своимъ вызовомъ; ей хотѣлось насладиться своимъ презрѣніемъ къ нимъ, когда она броситъ имъ этотъ вызовъ въ глаза и увидитъ ихъ трепетъ, и почувствуетъ въ себѣ стукъ этихъ дрогнувшихъ страстью сердець. Но ея мысль уже овладѣла и ея душою вполне. Страсть уже пробѣжала ядовитой струей и по ея нервамъ. О, теперь и ей хотѣлось бы, чтобы приняли ея чудовищный вызовъ! Сколько неслышаннаго сладострастія и неизвѣданнаго еще ею наслажденія! Сколько демонскаго счастья цѣловать свою жертву, любить ее, на нѣсколько часовъ стать рабой этой жертвы, утолить всѣ желанія ея всѣми тайнами лобзаній, нѣги, бѣшенной страсти, и въ то же время сознавать каждую минуту, что эта жертва, этотъ минутный властитель ея, заплатитъ ей жизнью за эту любовь и за гордую дерзость своего мгновеннаго господства надъ нею. Гіена уже лизнула крови; ей грезится теплый паръ ея; онъ будетъ ей грезиться и въ послѣднемъ моментѣ наслажденія. Бѣшенная жестокость уже давно исказила эту душу и уже часто низводила ее до звѣринаго подобія. Даже и не до звѣринаго; въ прекрасномъ тѣлѣ ея кроется душа мрачно-фантастическаго, страшнаго гада; это душа паука, самка котораго съѣдаетъ, говорятъ, своего самца въ минуту своей съ нимъ сходки. Все это похоже на отвратительный сонъ. Но все это упойтельно, безмѣрно-развратно, и..... страшно!... И вотъ демонскій восторгъ наполняетъ душу царицы и она гордо бросаетъ свой вызовъ.....

Но душа поэта сама не вынесла этой картины; онъ не кончилъ бы съ Клеопатрой-гіеной, и на одно мгновеніе онъ очеловѣчилъ свою гіену. Въ числѣ трехъ, принявшихъ вызовъ Клеопатры, выходитъ отрокъ; его имя неизвѣстно,

но восторгъ любви сіяетъ въ очахъ его; неопытная сила юной, безпредѣльной страсти кипитъ въ молодомъ его сердцѣ. Онъ съ радостью, даже съ благодарностью отдаетъ свою жизнь; онъ о ней и не думаетъ. Онъ глядитъ въ лицо царицы, и въ глазахъ его столько упоенія, столько безпредѣльнаго счастья, столько свѣтлой любви, что въ гienѣ мгновенно проснулся человѣкъ, и царица съ умиленіемъ взглянула на юношу. Она еще могла умиляться!

Но только на одно мгновеніе. Человѣческое чувство угасло, но звѣрскій дикій восторгъ вспыхнулъ въ ней еще сильнѣйшимъ пламенемъ, можетъ быть именно отъ взгляда этого юноши. О, эта жертва всѣхъ болѣе сулитъ наслажденій! Замирая отъ восторга, царица торжественно произноситъ свою клятву.....

Нѣтъ, никогда поэзія не восходила до такой ужасной силы, до такой сосредоточенности въ выраженіи пафоса! Отъ выраженія этого адскаго восторга царицы холодѣетъ тѣло, замираетъ духъ»!.....

(Окончаніе слѣдуетъ).

Библіографія.

Проф. А. Я. Данилевскій и Умиковъ, Фосфористые бѣлки мозга, Физиологическій Сборникъ, т. II, 1891.

Изучая химию тканей организма, мы невольно поражаемся тѣмъ, что отѣлъ нервной системы обходится какъ то даже самыми опытными и почтенными изслѣдователями. Такое уклоненіе объясняется очень легко тою массою труда и времени, каковыя должны быть затрачены на изслѣдованіе столь важной и вмѣстѣ съ тѣмъ столь сложной ткани, какъ центральная нервная система. Поэтому съ глубокимъ удовольствіемъ мы беремся за работу нашего уважаемаго товарища, проф. А. Я. Данилевскаго; съ тѣмъ большимъ удовольствіемъ беремся за эту работу, что проф. А. Данилевскій по праву считается серьезнымъ ученымъ и весьма осторожнымъ изслѣдователемъ. Еще одна важная особенность его настоящей работы: проф. Данилевскій особенно много сдѣлалъ въ области бѣлковъ,—если онъ не создалъ ее, то во всякомъ случаѣ очень многое пересоздалъ; поэтому изученіе бѣлковъ мозга столь серьезнымъ специалистомъ даетъ намъ весьма цѣнный вкладъ въ область неврологіи.—Современная біологическая химія твердо установила фактъ, что въ жизнедѣятельности клѣточныхъ элементовъ главную активную роль играютъ бѣлковыя вещества. На основаніи этого должно заключить, что различные химическіе процессы, протекающіе въ клѣткахъ, обусловлены бываютъ присутствіемъ бѣлковыхъ веществъ. Поэтому весьма естественно, что, при изученіи вопроса о зависимости между химическимъ составомъ ткани и ея жизненными отправлениями, главное вниманіе должно быть обращено на изученіе природы ея бѣловыхъ формъ. Это общее положеніе, безъ сомнѣнія, должно быть цѣликомъ отнесено и по отношенію къ мозговой ткани. Авторы останавливаются преимущественно на изученіи сѣраго вещества мозга. Сѣрое вещество мозга, по своему составу представляется болѣе сложнымъ, чѣмъ многія другія ткани. Кромѣ бѣловыхъ веществъ оно содержитъ еще большое количество холестерина, церебрина и лецитина. Холестеринъ и особенно лецитинъ встрѣчаются и въ другихъ тканяхъ;—что же касается церебрина, то онъ составляетъ исключительную принадлежность мозговой ткани. Такимъ образомъ эти три вещества не бѣловаго характера, составляя характерную принадлежность нервной протоплазмы, съ большою вѣроятностью должны быть признаны частями этой ткани, играющими немаловажную роль въ явленіяхъ ея жизнедѣятельности. Отсюда нельзя однако заключить, что эти не бѣловыя части мозговой массы представляютъ матеріальную основу функционирующей нервной протоплазмы. Безъ сомнѣнія присутствіе большого количества холесте-

рина, cerebrina и лецитина въ нервной протоплазмѣ вліяетъ какимъ-то образомъ на возникновеніе, теченіе и исходъ химическихъ процессовъ въ нервныхъ элементахъ. Но во всѣхъ этихъ случаяхъ бѣлковыя тѣла составляютъ ту матеріальную субстанцію, которая своимъ присутствіемъ, своими физико-химическими качествами обуславливаетъ вообще возможность развитія характерныхъ для каждой ткани физико-химическихъ процессовъ. Поэтому сколько бы мозговая ткань ни содержала специфическихъ химическихъ соединений небѣлковаго характера—это изученіе не приведетъ къ возможному пониманію дѣятельности этого органа, если бѣлковыя вещества будутъ оставлены въ сторонѣ.—Всѣ составныя части мозговой массы могутъ быть раздѣлены на нѣсколько естественныхъ группъ, а именно: азотистыя бѣлковыя вещества, азотистыя не бѣлковыя вещества, безазотистыя тѣла и неорганическія вещества, включая сюда и воду. Присутствіе въ мозговой массѣ органическихъ соединений, содержащихъ фосфоръ, принудило образовать особую группу фосфористыхъ тѣлъ, какъ постоянныхъ составныхъ частей этого органа. На основаніи прежде извѣстныхъ фактовъ, всѣ фосфористыя тѣла мозга считали принадлежащими къ небѣловымъ соединениямъ, но частью азотистымъ, частью безазотистымъ. Изъ бѣловыхъ веществъ мозговой ткани до сихъ поръ были установлены; нуклеинъ и неирокератинъ.—Протоплазма тѣла клѣтки вообще, по меньшей мѣрѣ, состоитъ изъ трехъ бѣловыхъ формъ; альбумина, глобулина и стромина. Тщательныя изслѣдованія сѣрого нервного вещества безусловно доказали здѣсь присутствіе всѣхъ бѣловыхъ формъ; глобулина, стромина и нуклеина, какъ матеріальныхъ основъ нервной протоплазмы. При этомъ оказалось, что бѣловыя вещества содержатся какъ въ нервныхъ клѣткахъ, такъ и въ нейроглии; на основаніи чего проф. А. Данилевскій полагаетъ, что нейроглія, по существу, есть чисто нервная субстанція, нервный элементъ особаго специфическаго порядка, для котораго пока еще невозможно указать роль присущей ему нервной дѣятельности. Глобулинъ сѣраго мозгового вещества, какъ нервныхъ клѣтокъ, такъ и нейроглии или вѣрнѣе диффузной протоплазматической массы сѣраго вещества, обнаруживая общія съ глобулиномъ другихъ тканей физико-химическія качества, отличаются отъ нихъ содержаніемъ фосфора въ своемъ составѣ. Фосфорный глобулинъ есть специфическое достояніе сѣраго вещества мозга позвоночныхъ животныхъ, какъ хладнокровныхъ, такъ и теплокровныхъ и человека. Проф. Данилевскій называетъ этотъ глобулинъ—*нейроглобулиномъ*. Онъ полагаетъ, что нейроглобулины различныхъ родовъ животныхъ отличны другъ отъ друга по содержанію фосфора и всего вѣроятно, что каждому роду животныхъ соответствуетъ нейроглобулинъ съ определеннымъ содержаніемъ фосфора.—Мозговой строминъ, названный проф. Данилевскимъ *нейростроминомъ*, также характеризуется содержаніемъ фосфора, при чемъ количество фосфора въ нейростроминахъ различныхъ родовъ животныхъ должно быть различно. Наконецъ проф. Данилевскому удалось добыть *нейрокератинъ*, который не содержитъ фосфора.—Отъ всей души желаемъ уважаемому товарищу продолженія изслѣдованій въ данномъ направленіи.

П. И. Ковалевскій.

Проф. Н. М. Поповъ, Къ патологической анатоміи идиотизма, 1891.

Авторъ описываетъ результаты тщательнаго изслѣдованія идиотизма личности 18 л. При грубомъ изслѣдованіи мозга даннаго лица найдено: лѣвая лобная доля недоразвита, причемъ недоразвитіе особенно падаетъ на третью лобную извилину, Рейлиевъ островокъ и центральную дольку. Соответственно этому и въ спинномъ мозгу наблюдалась асимметрия: вся правая половина послѣдняго, начиная отъ пирамидъ и до самыхъ нижнихъ его отлѣловъ включительно, оказалась рѣзко уменьшенной сравнительно съ лѣвой. Выше перекреста и вплоть до вступленія во внутреннюю капсулу пирамидальные пути отличались меньшимъ развитіемъ,—наоборотъ, на лѣвой сторонѣ. Отсталость развитія пирамидальныхъ путей при раннихъ пораженіяхъ головного мозга уже раньше отмѣчена Leby, Thiele, Flesch, Anton и др. Schattenberg нашелъ одностороннюю задержку развитія пирамидальнаго пути. Автора случай отличается отъ другихъ случаевъ, напр. Anton'a, тѣмъ, что въ его случаѣ недоразвито было не только бѣлое вещество спинного мозга, но и сѣрое. Въ случаяхъ Hervonnet, Schattenberg'a и Штеннелеръ-Гречиницкой наблюдалось недоразвитіе въ спинномъ мозгу не только пирамидальныхъ путей, но и сѣраго вещества. Кроме вышеуказанныхъ явленій авторъ наблюдалъ уклоненіе отъ нормы въ отхожденіи переднихъ корешковъ отъ сѣраго вещества мозга. По мнѣнію автора, приостановка развитія мозга произошла приблизительно къ концу утробной жизни плода. Задержкѣ роста психическаго органа преимущественно способствовали разлитой сосудистый процессъ, по всей вѣроятности, сифилитическаго происхожденія. Этотъ взглядъ находитъ себѣ поддержку въ мнѣніи Stark'a, который говоритъ, что внутриутробному энцефалиту, а также и идиотизму, способствуютъ различныя дискразіи и прежде всего сифилисъ. Тоже мнѣніе мы находимъ и у Rumpf'a, Money и Burgy.

П. И. Ковалевскій.

Проф. Н. М. Поповъ, Къ казуистикѣ послѣугарныхъ гемиплегій, М.л. обзорѣніе, 1891, № 18.

Авторъ описываетъ случай гемиплегіи, наступившей послѣ пребыванія въ угарной банѣ. Больной крестьянинъ 25 лѣтъ, происходящій изъ семьи, предрасположенной къ нервнымъ и душевнымъ заболѣваніямъ. Пробывши нѣкоторое время въ угарной банѣ, больной получилъ лѣвосторонній гемипарезъ. Спустя пять дней, этотъ парезъ сразу перешелъ въ параличъ. Это внезапное усиленіе болѣзненныхъ явленій почтенный авторъ объясняетъ не наступленіемъ воспалительной реакціи вокругъ очага кровоизліянія, а повторнымъ кровоизліяніемъ, такъ какъ усиленіе болѣзненныхъ явленій наступило сразу, а не развивалось постепенно.

П. И. Ковалевскій.

Д-ръ А. Щербакъ, О зависимости фосфорнаго обмѣна отъ усиленной или ослабленной дѣятельности головного мозга, 1890.

Въ своей работѣ авторъ поставилъ тройкую задачу: 1) опредѣлить количественный и качественный фосфорный обмѣнъ у здороваго человека, при условіяхъ покоя и дѣятельности головного мозга, 2) опредѣлить тотъ же обмѣнъ у идиотовъ и 3) въ мозгу собаки въ депрессивномъ ея состояніи подъ вліяніемъ отравленія морфіемъ. Общій выводъ изъ его очень почтенныхъ изслѣ-

дованій тотъ, что фосфорный обмѣнъ у челоѣка обнаруживаетъ зависимость отъ степени мозговой дѣятельности. При чрезмѣрномъ умственномъ напряженіи разложеніе фосфоросодержащихъ веществъ усиливается; у идіотовъ этотъ обмѣнъ поддерживается въ очень ничтожной степени. Провѣрочные опыты на собакахъ показали, что мозговое вещество, повиному, принимаетъ извѣстное участіе въ колебаніяхъ общаго фосфорнаго обмѣна. Вообще полученные авторомъ результаты не дали особенно рѣзкихъ и вѣскихъ разницъ, чего не ожидалъ и самъ авторъ. *Н. М. Васильевъ.*

Д-ръ И. М. Любарскій, Случай мозгового сифилиса, Медицинское Обозрѣніе, № 17.

Больной 28 лѣтъ, военный, заразился сифилисомъ въ 1884 г. Происходитъ изъ здоровой семьи,—въ послѣдніе годы злоупотреблялъ приемами алкоголя и половыми сношеніями. За нѣкоторое время до настоящей болѣзни имѣлъ тупыя боли въ ногахъ, особенно по ночамъ. Два мѣсяца назадъ у него начались сильнѣйшія боли головы, въ лобной и лѣвой височной надбровной области. Эти боли сопровождались головокруженіемъ и безсонницей. Кромѣ того у больного диплопія и слабость въ лѣвой рукѣ. При изслѣдованіи: пигментированныя пятна и рубцы по тѣлу, пероститы на ключицахъ плечевой кости, плотныя лимфатическія желѣзы, рthosis лѣваго глаза, strabismus divergens, ясная гиперемія глазнаго дна и застойный сосокъ; походка шаткая, колеблющаяся, характеръ дѣтскій и раздражительный, интеллектуальноестройство. Смѣшанное противусифилитическое леченіе, ртутное, іодное и потогонное совершенно исцѣлило больного.

Н. М. Васильевъ.

Prof. Bianchi, Къ хирургической терапіи болѣзней головного мозга (Contribuzione alla terapia chirurgica alle malattie cerebrali; Annal. di neurologia An. IX, fasc. 1).

Авторъ сообщаетъ интересный случай эпилепсіи, въ которомъ было примѣнено хирургическое лѣченіе. Въ клинику автора въ Палермо поступилъ 2-го февр. 1890 г. нѣкій рабочий G. 45 лѣтъ отъ роду. G.—изъ здоровой семьи, до 10 лѣтъ ничѣмъ не болѣлъ, а въ 10 лѣтъ получилъ отъ мула ударъ копытомъ въ лобъ надъ правой бровной дугой, послѣ чего онъ долго болѣлъ и съ тѣхъ поръ на мѣстѣ удара остался рубецъ. Съ 14-ти лѣтъ началъ страдать приступами эпилепсіи съ потерей сознанія и судорогами. Приступы участились особенно около 25-лѣтняго возраста, когда больной сталъ пить, а въ послѣднее время стали сопровождаться настоящимъ послѣэпилептическимъ бредомъ со стремленіемъ къ разрушенію. Къ этому же времени особенно усилились уже раньше существовавшія головныя боли, которыя начинались всегда въ области рубца, распространялись почти на всю лобную область и продолжались непрерывно 1—2 недѣли съ 1—3 недѣльными промежутками. При изслѣдованіи, въ органахъ груди и живота, а также и въ функціяхъ нервной системы не замѣчено никакихъ достойныхъ замѣчаній разстройствъ. Поле зрѣнія не ограничено, обоняніе нѣсколько притуплено. Надъ правой бровью — большой углубленный рубецъ съ углубленіемъ подлежащей кости. За 4 мѣсяца пребыванія больного въ клиникѣ авторъ наблюдалъ 12 приступовъ эпилепсіи и 4 приступа вышеописанной головной боли.

Приступы эпилепсії сопровождались потерей сознания и судорогами либо только въ лицѣ и рукѣ правой стороны, либо въ конечностяхъ обѣихъ сторонъ. Тщетно испробовавъ всѣ средства, какъ противъ судорожныхъ приступовъ, такъ и противъ головныхъ болей, авторъ рѣшилъ прибѣгнуть къ хирургіи. 22-го іюня профессоромъ Marchesano произведена трепанация, при чемъ ни въ оболочкахъ, ни въ мозговомъ веществѣ не найдено рѣшительно ничего ненормальнаго. Рана была зашита и съ незначительной реакціей зажила къ 28-му, а къ 18-му іюля больной оправился и чувствовалъ себя совсѣмъ хорошо. Съ 13-го іюля возобновились легкіе приступы судорогъ, сопровождавшихся иногда потерей сознания, но безъ бреда, и повторившіеся черезъ 5—15 дней. Головные же боли болѣе не появлялись. Такимъ образомъ, по мнѣнію автора, данный случай долженъ быть отнесенъ къ рефлекторной эпилепсії, т. е. къ тѣмъ случаямъ, гдѣ эпилепсія происходитъ вслѣдствіе поврежденія периферическихъ нервовъ или спинного мозга. Кромѣ того къ описанному случаю не примѣнима кортикальная теорія эпилепсії, такъ какъ во первыхъ мѣсто поврежденія не соответствовало положенію кортикальныхъ двигательныхъ центровъ и во вторыхъ при операціи не найдено никакой механической причины раздраженія. Наоборотъ, къ объясненію данного случая вполне пригодна вазомоторная теорія: раздраженіе, вызванное костною мозолью въ области тройничнаго нерва, рефлектируется на вазомоторный центръ въ продолговатомъ мозгу и вызываетъ спазмъ сосудовъ, особенно головного мозга и головы, вслѣдствіе чего наступаетъ блѣдность покрововъ лица, потеря сознания, общее расслабленіе мышцъ и вслѣдствіе этого внезапное паденіе и затѣмъ судорожныя явленія, въ вышеизложенной послѣдовательности наблюдавшіяся въ данномъ случаѣ. Случай автора представляетъ еще одинъ интересъ. Несмотря на удаленіе при трепанациі костной мозоли и слѣдовательно на прекращеніе раздраженія въ области тройничнаго нерва, эпилептические припадки продолжались. Авторъ объясняетъ это слѣдующимъ образомъ: «если какой либо способъ функционирования, нормальный или ненормальный, сталъ привычнымъ для данного органа, то онъ становится независимымъ отъ причины, первично вызвавшей его. Такимъ образомъ произвольные акты становятся автоматическими и извѣстныя пріобрѣтенныя привычки—инстинктивными».

П. И. Ковалевскій.

Dr. Giuseppe, О нѣкоторыхъ свойствахъ тактильнаго чувства. (Su alcuni caratteri del senso tattile, Rivista di Filosofia scientifica, ottobre, 1891).

Авторъ нѣсколько видоизмѣнилъ опыты Bloch'a. Для изслѣдованія тактильнаго чувства онъ пользовался электрическими діапазонами системы Кoenig'a съ различнымъ числомъ вибрацій въ секунду: отъ 50 и до 1000. Къ концу одной изъ вѣтвей діапазона прикрѣплялась латунная пластинка, которая обыкновенно употребляется для черченія волнъ, а въ данномъ случаѣ для болѣе удобной аппликаціи камертона въ кожной поверхности. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, чтобы ощущеніе не было слишкомъ рѣзко, авторъ къ концу пластинки присоединялъ кусочекъ пробки. Помощью подобнаго рода изслѣдованій найдено, что кожная поверх-

9560B

ность далеко неодинаково чувствительна во всѣхъ своихъ точкахъ. Наибольшею чувствительностью отличаются концы пальцевъ, гдѣ вибраціонныя движенія камертона различаются даже при 1000 колебаній въ секунду. Чувствительность остальной части пальцевъ и языка уже менѣе: здѣсь различаются вибраціи только отъ камертона съ 500 колебаній въ секунду. Остальныя части тѣла оказываются еще менѣе чувствительными. Ладонная поверхность руки чувствительнѣе, чѣмъ тыльная. Кромѣ того, авторъ находитъ, что помимо специальной чувствительности раздражаемаго мѣста, на тонкость тактильнаго чувства вліяетъ также и напряженность раздраженія. Напряженность соотвѣтствуетъ величинѣ той волны, которую производитъ каждый діапазонъ въ отдѣльности. Чѣмъ волна больше, тѣмъ и раздраженіе сильнѣе. Діапазонъ съ 1000 колебаній въ секунду производитъ волну въ десять разъ меньшую, чѣмъ камертонъ съ 50 колебаніями. Такимъ образомъ границею чувствительности для пальцевъ служить волна въ 0,104 мм. длины, другія же части кожной поверхности становятся чувствительными лишь при длинѣ ея въ 1 мм. или болѣе. Нѣкоторыя мѣста вовсе неимѣютъ чувствительности тактильнаго характера, а сохраняютъ лишь болевое.

М. Н. Поповъ.

Dr. L. Lojagone ¹⁾, Случай систематизированнаго бреда, излѣченного гипнотическимъ внушеніемъ. (Un caso di delirio sistematisato guarito colla syggessione ipnotica. Ann. di neurolog. anno IX, f. 1.

Извѣстно уже не мало случаевъ удачнаго примѣненія гипнотизма къ леченію различныхъ функціональных страданій головного мозга. Опубликованы случаи излѣченія патофобіи различнаго рола, стремленія къ самоубійству, меланхолии, folie du doute, ипохондріи, пuerперальнаго психоза. Авторъ примѣнилъ леченіе гипнотизмомъ въ одномъ случаѣ паранойи, исторію котораго онъ и сообщаетъ. Больной—изъ нейрпатической семьи—въ дѣтствѣ обнаруживалъ порочныя наклонности; въ 13 лѣтъ перенесъ тифъ, во время выздоровленія отъ котораго заболѣлъ галлюцинаторнымъ психозомъ религіознаго характера, длившимся около 7 мѣсяцевъ. Въ 20-лѣтнемъ возрастѣ, обучаясь въ военной школѣ во Флоренціи, увлекался чтеніемъ книгъ философско-религіознаго содержанія, которыхъ хорошо не понималъ, но которыя наполнили его умъ различными странными идеями. Получивъ затѣмъ мѣсто писаря въ одномъ учрежденіи, онъ скоро потерялъ его при перемѣнѣ администраціи, остался безъ средствъ къ самостоятельной жизни и долженъ былъ жить на счетъ своей семьи. Это сильно тяготило его, онъ началъ все больше задумываться, затѣмъ пить и наконецъ заболѣлъ галлюцинаторнымъ психозомъ религіознаго характера. На почвѣ зрительныхъ и слуховыхъ галлюцинацій Бога и діаволовъ, неба и ада, у него развился грандіозный систематичный бредъ, при чемъ онъ считалъ себя реформаторомъ католической религіи, называясь «братомъ проповѣдникомъ» и рассказывая всѣмъ о предпринимаемой имъ великой религіозной реформѣ.—Авторъ считаетъ данное заболѣваніе за секундарную параною, развившуюся изъ frenosis sensorialis. Подъ именемъ frenosis sensorialis онъ вслѣлъ за Meynert'омъ, Ball'емъ, Ritti, Bianchi и др., понимаетъ психозъ, харак-

¹⁾ Ассистентъ проф. Bianchi.

теризующійся первично возникающими расстройствами воспріятія психо-сенсоріальныхъ центровъ, которыми болѣзнь начинается и которыя составляютъ ея сущность, въ отличіе отъ тѣхъ случаевъ, гдѣ сенсоріальныя расстройства присоединяются впоследствии къ первичнымъ расстройствамъ идей, настроенія и т. п. Психозъ этотъ развивается обыкновенно у нейропатическихъ субъектовъ на почвѣ инаниціи. Все это можетъ перейти или въ выздоровленіе при улучшеніи общаго питанія, или въ другія, болѣе длительныя формы психозовъ. каковы меланхолія, ипохондрія, параноя, — при чемъ галлюцинаціи и иллюзіи исчезаютъ, а остается одно измѣненіе настроенія или идей. Въ данномъ случаѣ для леченія былъ примѣненъ авторомъ гипнотизмъ. Гипнозъ вызывался надавливаніемъ на глазныя яблоки, при чемъ въ первый сеансъ для полученія неполнаго гипноза потребовалось около 20 минутъ, а въ послѣдующіе оказывалось достаточнымъ даже для полнаго гипноза 5 — 3 минутъ. Со втораго сеанса авторъ началъ внушать больному, что онъ совершенно здоровъ, избавился отъ всѣхъ своихъ ложныхъ идей и болѣе не желаетъ быть реформаторомъ религіи. Леченіе шло съ большимъ успѣхомъ и было окончено всего въ три сеанса черезъ 2 дня одинъ послѣ другого. Авторъ имѣлъ случай наблюдать пациента въ теченіи 6 мѣсяцевъ послѣ послѣдняго сеанса и онъ оставался психически вполне здоровымъ, служа сначала писцомъ въ своемъ городѣ, а затѣмъ телеграфистомъ въ Палермо.

Н. И. Мухинъ.

E. Tanzi. Неологизмы душевно-больныхъ въ связи съ *delirium chronicum*. (I neologismi degli alienati in rapporto col. delirio cronico. Rivista Sperimentale, vol. XV, f. IV, vol. XVI, f. I—II).

Способность изобрѣтать новыя слова въ соотвѣтствующихъ случаяхъ присуща всякому человѣку и сама по себѣ не представляетъ болѣзненнаго свойства. Это положеніе авторъ подтверждаетъ многочисленными наблюденіями, которыя онъ располагаетъ на 9 категорій: 1. Безчисленное количество названій, употребляемыхъ между собою влюбленными; 2. Своеобразная терминологія, употребляемая многими для выраженія сладострастныхъ ощущеній и желаній; 3. Названія, которыя въ среднія вѣка рыцари давали своему оружію, напр. Durlindana—любимый мечъ Роланда, Balivarda—мечъ Бернарда Капріо и т. п.; 4. Своеобразныя слова и фразы той ласкательной терминологіи, которая обычно устанавливается между матерью и ребенкомъ; 5 и 6. Слова употребляемыя для выраженія понятія о злыхъ духахъ, вѣльмахъ и т. п. предметахъ народнаго ужаса и отвращенія. Слова эти очень многочисленны у различныхъ народовъ: Grimm въ «Нѣмецкой Мифологіи» приводитъ болѣе 50 названій дьявола, существующихъ на нѣмецкомъ языкѣ, авторъ насчитываетъ 18 итальянскихъ названій вѣльмы. 7. Склонность, существующая у многихъ отдѣльныхъ личностей и присущая нѣкоторымъ народамъ, къ горделивымъ прозвищамъ, прибавляемымъ къ своему имени. Такая склонность замѣчается, напр., у многихъ мусульманскихъ поэтовъ, которые часто прибавляютъ къ своему имени названія: «умный, знаменитый, благородный» и т. п., по нѣскольку заразъ; сюда же относятся такіе титулы, какой, напр., носилъ, въ бытность наслѣдникомъ престола, король Сандвичевыхъ острововъ Калакаа:—Katani-nin-hai-lapa-

лара, т. е. блестящій огонь великаго неба. 8. Клички и прозвища, не имѣющія, въ противоположность предъидущимъ, никакого аффективнаго свойства, которыя употребляются между собой напр. школьниками. 9. Масса, т. наз. «крылатыхъ словъ», которыми такъ изобилуетъ политическая жизнь: якобинство, нигилизмъ, оппортунизмъ, радикализмъ и т. п. Но неологизмъ здороваго челоѣка отличается, по выраженію автора, извѣстною робостью и не поддается наблюденію такъ легко, какъ неологизмъ помѣшаннаго. Послѣдній не знаетъ препятствій, его не удерживаетъ ни мѣсто, ни время. Кромѣ того неологизмъ параноика кристаллизуется въ неизмѣнныя формы, какъ и его бредъ, между тѣмъ какъ неологизмъ здороваго челоѣка измѣняется съ перемѣнами обстоятельствъ жизни. За исключеніемъ этихъ неважныхъ различій, неологизмъ душевно-больнаго по способу происхожденія совершенно сходенъ съ неологизмомъ здороваго челоѣка. Авторъ долгое время занимался собираніемъ по возможности всѣхъ неологизмовъ параноиковъ въ итальянскихъ домахъ умалишенныхъ, причемъ онъ замѣтилъ, что на каждую сотню параноиковъ, составляющихъ 150⁰/₀ общаго числа душевнобольныхъ, приходится не менѣе 30 неологистовъ. Кромѣ параноиковъ неологизмы встрѣчаются еще у маниаковъ и у деменсовъ; но у первыхъ они являются случайными продуктами нелѣпыхъ идей и столь же быстро исчезаютъ, какъ быстро снѣгаются послѣднія, а у вторыхъ встрѣчаются только кажущіеся неологизмы, въ сущности же—искаженія словъ вслѣдствіе разстройствъ ассоціаціи между различными элементами аппарата рѣчи. Изучая собранные имъ неологизмы, авторъ замѣтилъ, что не трудно найти между ними общія черты, которыя позволяютъ расположить ихъ въ нѣсколько естественныхъ группъ.

Коллекція неологизмовъ, собранная авторомъ, состоитъ всего изъ 239 неологизмовъ, расположенныхъ въ 7 группахъ. Послѣднія имѣютъ слѣдующія названія: 1-я группа—Символическія имена и названія символическихъ предметовъ. 2-я группа—Названія физическихъ силъ и явленій. 3-я группа—Символическія имена фізіопатологическихъ агентовъ и состояніе галлюцинаторной природы. 4-я группа—Заклинанія, молитвы, формулы вызыванія духовъ. 5-я группа—Метафизическая и вседонаучная терминологія. 6-я группа—Автономинація. 7-я группа—Асистемные, совершенно безумные неологизмы.

Анализъ собранныхъ авторомъ неологизмовъ приводитъ его къ слѣдующимъ выводамъ. 1. Изъ 239 неологизмовъ наибольшее число принадлежитъ къ первой группѣ (57 словъ), къ группѣ названій символическихъ лицъ. Въ остальныхъ группахъ число словъ равно 43, 43, 3, 9, 19 и 14. 2) Эти 239 неологизмовъ принадлежатъ 168 изобрѣтателямъ. 3) Изъ 168 неологистовъ 80 употребляютъ только одинъ неологизмъ для обозначенія собственной бредовой идеи. Изъ остальныхъ 88 большая часть неологизмируетъ лишь въ одной области, напр. въ области олицетвореній или названія собственной личности, или въ области метафизическаго бреда; другая же часть употребляетъ неологизмы и для названія своихъ враговъ, и для собственного своего имени и для различныхъ своихъ фізіологическихъ системъ въ одно и тоже время. 4. По нѣсколько неологизмовъ у одного и того-же больного чаще встрѣ-

чается въ области метафизическаго бреда; и это вполне естественно, такъ какъ для выраженія послѣдняго требуется гораздо больше словъ, чѣмъ для выраженія личнаго бреда. Поэтому въ группѣ метафизическаго бреда 43 неологизма принадлежатъ всего 23 лицамъ. 5. Только 83 изъ 239 словъ представляютъ истинные неологизмы; остальные суть *паралогизмы*, т. е. общеупотребительныя слова, только употребляемыя больнымъ въ особенномъ смыслѣ. 6. Неологизмы, относящіяся къ метафизическимъ системамъ, принадлежатъ какъ типичнымъ душевно-больнымъ съ бредомъ преслѣдованія и величія, заключеннымъ въ домахъ умалишенныхъ, такъ и матронамъ. 7. Большая часть неологизмовъ суть имена существительныя. 8. Замѣчательно, что нерѣдко одинъ и тотъ-же или очень сходный неологизмъ встрѣчается у нѣсколькихъ душевно-больныхъ, совершенно не знающихъ другъ друга и удаленныхъ одинъ отъ другого. Такое явленіе указываетъ на то, что законы бреда гораздо болѣе просты и постоянны, чѣмъ это кажется съ перваго раза. 9. Столь-же замѣчательно и то явленіе, что у параноиковъ часто встрѣчаются если не тѣ-же, то аналогичныя неологизмы, указывающіе на вѣру въ кабалистическое значеніе цифръ. Эта вѣра въ наблюденіяхъ автора служила основаніемъ бреда десяти параноиковъ, которые придавали какое-то таинственное значеніе цифрамъ 13, 3, 7,—какъ извѣстно, магическимъ цифрамъ, обладающимъ мистическимъ значеніемъ не только въ глазахъ народа, но и по ученію средневѣковыхъ схоластиковъ и теологовъ. 10. Въ группѣ неологизмовъ, представляющихъ названія символическихъ лицъ, преобладаютъ названія злыхъ, враждебныхъ существъ, но нѣтъ недостатка и въ добродѣтельныхъ лицахъ. Это соответствуетъ двумъ преобладающимъ идеямъ, преслѣдованія ихъ величія. 11. Въ группѣ неологизмовъ, указывающихъ на различные физическіе агенты и явленія ясно видимъ галлюцинаторный элементъ. 12. Вообще неологизмъ самъ по себѣ не есть болѣзненное явленіе; онъ становится таковымъ только тогда, когда онъ служитъ выраженіемъ господствующей въ сознаніи суевѣрной идеи, какъ то всегда бываетъ при параноѣ.

Во второй части своего труда авторъ доказываетъ, что *всякій признакъ паранои, всякій бредъ, присущій параноику, можно найти въ исторіи древнихъ народовъ и современныхъ дикарей, у которыхъ явленія эти суть вполне фізіологическія.*

Съ этой цѣлью онъ подробно разбираетъ бредъ преслѣдованія, отравленія, религіозный бредъ, бредъ величія, эротическій и ипохондрический,—и для всѣхъ ихъ находитъ вполне аналогичныя явленія въ исторіи древнихъ и современныхъ дикихъ народовъ, пользуясь при своихъ изслѣдованіяхъ трудами извѣстныхъ филологовъ и этнологовъ, каковы Bastion, Tylor, Lubbock, Hartmann, Lepotmann и др. Такіе симптомы паранои, какъ logolatry—формалистическій культъ словъ и чиселъ, особенная склонность къ магіи, къ суевѣрію, къ блуждающей жизни, раздвоеніи личности—всѣ находятъ себѣ аналогію въ жизни нормальныхъ народовъ. Даже галлюцинаціи, оказывались, присущи вполне здоровымъ дикарямъ. По свидѣтельству Tylor'a у зулусовъ, эскимосовъ, американскихъ дикарей въ совершенно здоровомъ состояніи далеко не рѣдко можно

наблюдать настоящіи галлюцинаціи. Этнографъ Debrizhoffer рассказываетъ, что онъ былъ свидѣтелемъ весьма странной магической церемоніи въ Парагваѣ, состоящей въ превращеніи людей въ тигровъ. Большая толпа народа была охвачена коллективной галлюцинаціей и ни на минуту не сомнѣвалась въ полной реальности происходившихъ передъ ней превращеній. Заканчивая свой трудъ, авторъ переходитъ къ заключеніямъ. Th. Meunert такъ изображаетъ психологическую фигуру бредовой идеи. Бредовая идея уже преформирована въ каждомъ нормальномъ мозгу. Мозговые функціи, правильно ассоціирующіяся между собою, подавляютъ и перерабатываютъ ее такъ, что отъ нея не остается и слѣда въ сознаніи кромѣ рѣдкихъ и мимолетныхъ проявленій, не имѣющихъ никакой важности. Разъ бредовая идея пріобрѣтаетъ энергію, необходимую для ея появленія на первомъ планѣ сознанія, является душевная болѣзнь. Дѣйствительно, мы видимъ, что идеи и стремленія, во всемъ подобныя бредовымъ, встрѣчаются внѣ всякой душевной болѣзни; они суть выраженія нормальной мысли людей со скуднымъ опытомъ, съ неразвитымъ интеллектомъ, стремящихся познать явленія природы. Но мысль человѣческая находится въ постоянномъ прогрессѣ. Ея развитіе можно представить себѣ, какъ серію новыхъ пріобрѣтеній, не только увеличивающихъ, но и трансформирующихъ весь активъ сознательныхъ функцій. Мало по малу старые мозговые процессы, старыя понятія отходятъ на задній планъ сознанія, вытѣсненные съ перваго плана болѣе новыми. Они покоятся, такъ сказать, въ состояніи скрытой жизни. Но какая либо причина можетъ нарушить равновѣсіе этого процесса и тогда старая идея пріобрѣтаетъ такое-же могущество, какое она имѣла, когда одна властвовала въ дѣйственномъ сознаніи примитивнаго человѣка. Тогда мы получаемъ бредъ въ клиническомъ значеніи этого слова, который можно, слѣдовательно, характеризовать какъ возвратъ на первый планъ сознанія въ развитомъ мозгѣ тѣхъ идей, которыя находились почти внѣ сознанія. Такой возвратъ можетъ произойти двоякимъ образомъ: 1) непосредственно—вслѣдствіе внутренняго преобладанія функцій и 2) посредственно—вслѣдствіе внѣшняго недостатка тормозящихъ функцій. Первый случай имѣетъ мѣсто, по мнѣнію автора, въ дегенеративныхъ психозахъ, второй—въ острыхъ и въ вытекающихъ изъ нихъ хроническихъ. Такимъ образомъ. 1. Бредъ есть проявленіе на первый планъ сознанія отжившихъ идей. 2. Идеи, похожія на бредовыя, присущи примитивному человѣку, какъ единственное выраженіе его интеллекта; они наследуются и развитымъ человѣкомъ, но въ слабой и скрытой формѣ. 3. Между этой группой примитивныхъ идей и группой болѣе новыхъ у здороваго и развитаго человѣка существуетъ неравенство энергіи и антагонизмъ въ пользу послѣднихъ. 4. Клиническое происхожденіе бреда, каковъ бы онъ ни былъ, состоитъ въ побѣдѣ отжившихъ идей. 5. Эта побѣда у параноика является слѣдствіемъ врожденнаго недостатка развитія въ смыслѣ преобладанія отжившихъ идей, при психозахъ же не дегенеративныхъ—слѣдствіемъ паралича высшихъ тормозящихъ функцій.

Н. И. Мухинъ.

Dr Marchi, О происхожденіи и ходѣ *pedunculorum cerebelli* и ихъ отношеніяхъ къ другимъ нервнымъ центрамъ. *Sull'origine*

e discorso dei peduncoli cerebellari e sui loro rapporti cogli altri centri nervosi. Rivista Sper. di freniatria ecc. vol. XVII, f. III.

Трудами Türg'a и его школы открыты новые пути для изслѣдованія хода нервныхъ волоконъ. Методъ Türg'a заключается въ искусственномъ вызваніи дегенераціи нервныхъ волоконъ путемъ разрушенія извѣстныхъ участковъ мозга. По этому методу авторъ изслѣдовалъ путь мозжечковыхъ ножекъ и ихъ отношеніе къ головному и спинному мозгу.

Животныхъ (собаки и обезьяны, всѣхъ 14) авторъ подготовлялъ къ изслѣдованію троякимъ способомъ, вслѣдствіе чего и раздѣлялъ ихъ на 3 категоріи: 1) животныхъ, у которыхъ экстирпировано $\frac{1}{2}$ мозжечка, 2) животныхъ, у которыхъ экстирпирована средняя доля мозжечка и 3) животныхъ, у которыхъ экстирпированъ весь мозжечекъ. Результаты его изслѣдованій представляются въ слѣдующемъ видѣ. *Экстирпація половины мозжечка.* На разрѣзахъ продолговатаго мозга соотвѣтственно корешкамъ V пары замѣтна рѣзкая разница въ окраскѣ между обоими pedunculi cerebelli superiores: на сторонѣ экстирпаціи ped. cerebelli sup. окрашенъ въ черный цвѣтъ, на здоровой-же сторонѣ онъ нормаленъ; такая картина наблюдается на всемъ протяженіи ped. cerebell. sup. до ихъ перекреста, такъ что можно бы заключить, что каждый ped. cer. sup. переходитъ in toto на сторону, противоположную поврежденію. На самомъ же дѣлѣ отъ него отдѣляется нѣсколько пучковъ, идущихъ до конца безъ перекреста.

Pedunculus cerebelli medius въ этомъ мѣстѣ на сторонѣ экстирпаціи является сплошь перерожденнымъ, при чемъ перерожденіе уменьшается по направленію къ гарне и по другую сторону послѣдняго исчезаетъ; но нѣкоторыя дегенерированныя волокна достигаютъ противоположной стороны моста и теряются тамъ между пирамидными пучками, а другія проходятъ кзади отъ пирамидныхъ пучковъ той-же стороны и проникаютъ въ пучекъ Reil'я той-же стороны. Помимо этихъ измѣненій pedunculorum cerebelli superiorum et medium при половинной экстирпаціи мозжечка всегда встрѣчаются на сторонѣ поврежденія другія, а именно: 1) дегенерація корешка V пары; 2) перерожденіе узла Reil'я; 3) перерожденіе задняго продолжнаго пучка (fasc. longitud. post.); 4) дегенерація небольшого пучка волоконъ, лежащаго тотчасъ кзади и кнаружи отъ pedunc. cerebelli super., въ латерально-дорзальномъ углѣ моста.

Здѣсь-же авторъ могъ видѣть, что нормальные волокна достигаютъ на сторонѣ экстирпаціи пораженнаго pedunculus sup. и, наоборотъ, перерожденные на здоровой сторонѣ достигаютъ нормальнаго pedunculus. Разсматривая далѣе книзу разрѣзы, авторъ останавливается на тѣхъ, которые соотвѣтствуютъ Striarum medularium acustici. Здѣсь онъ находитъ: 1) перерожденіе внутренней части pedunculi cerebelli inferioris; 2) перерожденіе corporis restiformis, лежащаго кнаружи отъ предъидущей; 3) перерожденіе Striar. medull. acustici, лежащихъ кнаружи отъ corporis restiforme, которое можно прослѣдить кверху до наружнаго ядра corp. restiformis; 4) перерожденіе тѣхъ волоконъ, которые идутъ отъ ядра acustici впередъ вентрально по направленію къ пирамидамъ и оканчиваются въ томъ мѣстѣ вентральной части разрѣза, гдѣ находится прямой пучекъ мозжечка, описанный Löwenthal'емъ; 5) перерожденіе многихъ волоконъ, раз-

брошенных тамъ и сямъ въ области восхол. корешка V пары; 6) перерождение того пучка, который составляетъ узелъ Reil'я; 7) перерождение волоконъ, лежащихъ дорсально отъ предъидущихъ и составляющихъ межолливный слой; перерождение этихъ волоконъ является на обѣихъ сторонахъ и при односторонней экстирпации вслѣдствіе того, что это именно тѣ волокна, которыя вступаютъ въ связь съ оливой другой стороны; 8) наконецъ перерождение fasciculi longitudinalis posterioris, не ограничивающееся только стороны поврежденія, но переходящее и на нѣкоторыя волокна противоположной стороны.

Экстирпация средней доли мозжечка. На препаратахъ изъ такихъ мозговъ авторъ замѣчалъ на обѣихъ сторонахъ перерождение ограниченнаго числа волоконъ pedunculi cerebelli superioris, причемъ всѣ эти волокна безъ исключенія перекрещиваются,—большей части волоконъ узла Reil'я и задняго продольнаго пучка, волоконъ III пары и многихъ волоконъ tracti optici. Изъ этого онъ заключаетъ, что 1) не всѣ волокна pedunculi cerebelli superioris происходятъ изъ зубчатого ядра, такъ какъ и при экстирпации одной средней доли нѣкоторыя волокна pedunculorum перерождаются; и 2) невозможность найти неперекрещенныя волокна въ числѣ перерожденныхъ вслѣдствіе экстирпации средней доли мозжечка доказываетъ съ большою вѣроятностью, что всѣ прямые волокна происходятъ изъ nucleus dentatas. Такимъ образомъ среднія ножки перерождаются въ ихъ верхней трети, а ниже перерождение мало по малу исчезаетъ. На всѣхъ этихъ разрѣзахъ мы всегда находимъ перерожденными узелъ Reil'я и задній продольный пучекъ. Въ pedunculi cerebelli inferiores перерождение ограничивается ихъ наружной частью. На протяженіи corporis Trapezoidei находятъ нѣкоторыя волокна перерожденными, которыя перекрещиваются съ таковыми-же противоположной стороны и переходятъ, по всей вѣроятности, въ тѣ пучки, которые оканчиваются въ оливахъ. На всѣхъ этихъ разрѣзахъ всегда существуетъ перерождение многихъ волоконъ черепныхъ нервовъ, особенно выраженное на корешкахъ III, V, VIII и XII паръ.

Тотальная экстирпация мозжечка. Здѣсь наблюдаются тѣ-же картины, какія мы уже видѣли на препаратахъ послѣ экстирпации половины мозжечка, только на обѣихъ половинахъ разрѣза. Однако нѣкоторыя особенности здѣсь выступаютъ болѣе ясно.

Заключенія. 1) Pedunculi cerebelli superiores не перекрещиваются цѣликомъ, но небольшою пучекъ ихъ волоконъ идетъ прямо къ thalamus opticus той-же стороны, перекрещенная же часть оканчивается въ красномъ ядрѣ Stilling'a противоположной стороны. Эти pedunculi не даютъ волоконъ ни къ tractus opticus, ни къ петлѣ (узлу Рейля), какъ принималось до сихъ поръ. 2) Ped. cerebelli med. не состоятъ изъ простыхъ комиссуральныхъ волоконъ между обѣими полушаріями мозжечка; волокна ихъ, раньше чѣмъ достигнуть гарне, проникаютъ между пирамидными пучками, чтобы вступить въ связь съ сѣрымъ веществомъ мозга той-же стороны. Другія волокна ихъ, въ небольшомъ количествѣ, проходятъ впереди пирамидъ и переходятъ въ substantia grisea противополож-

ной стороны мозга. 3) *Pedunculi cerebelli inferiores* посылают пучекъ волоконъ въ оливу противоположной стороны, составляютъ *fibræ reciformes* и прямой пучекъ мозжечка *Flechsig's*. Последний, вѣроятно, состоитъ изъ восходящихъ и нисходящихъ волоконъ; нисходящія суть именно тѣ, которыя перерождаются при поврежденіи мозжечка, по крайней мѣрѣ у собакъ и обезьянъ. 4) Задній продольный пучекъ и петля имѣютъ общее происхожденіе въ мозгѣ и именно въ средней его долѣ. Они выходятъ вмѣстѣ съ *pseudunculi cerebelli medii* и вступаютъ въ связь: первый съ ядрами черепныхъ нервовъ, а второй съ сѣрымъ веществомъ мозга, съ *eminentie bigeminae* и вѣроятно съ *corp. striatum* при посредствѣ пучка волоконъ, восходящаго кверху вмѣстѣ съ пирамидами. Далѣе въ области нижнихъ оливъ эти два пучка сливаются и вмѣстѣ вступаютъ въ передне-боковой столбъ, находящійся по всей вѣроятности въ связи съ переднимъ рогомъ спинного мозга. 5) Подтверждается гипотеза нѣкоторыхъ анатомовъ, что черепные нервы вступаютъ въ связь съ мозжечкомъ, эта связь именно устанавливается при посредствѣ *fascic. longit. posterior* и петли (узла *Reil's*). 6) Происхожденіе трехъ ножекъ мозжечка распространяется на всю мозжечковую корку съ тою разницею, что *nucleus dentatus* даетъ большую часть волоконъ верхнимъ ножкамъ, а *vermis*—среднимъ.

Н. И. Мухинъ.

Prof. F. Vizioli, Позднее проявленіе нейрозовъ, вызываемыхъ влияніемъ молніи (*Nevrosi tardive fer effetti di fulmine*, *Annali di Neurologia* а. IX, f. 1).

Докторъ Guinon въ своемъ трудѣ о причинахъ истеризма собралъ нѣсколько случаевъ нервныхъ заболѣваній, вызванныхъ влияніемъ молніи. Первая изъ извѣстныхъ сообщеній принадлежатъ Кнорр'у и Stucker'у; затѣмъ слѣдуетъ случай Oxley, описанный имъ 1876 г. и, наконецъ, случай Nothnagel'я, сообщенный въ 1880 г. Разобравъ эти случаи по книгѣ Guinon, авторъ заключаетъ, что всѣ они выражались параличами различныхъ конечностей, нѣкоторые, какъ случай Нотнагеля, даже атрофіей мышцъ парализованной конечности, и всѣ представляютъ собой выраженія истеризма. Къ этимъ случаямъ онъ присоединяетъ свое клиническое наблюденіе. Г. I., 30 лѣтъ отъ роду, въ 1876 г. былъ пораженъ сильнымъ ударомъ молніи, лишился сознанія и, придя въ себя, началъ ощущать сильную боль немного выше праваго паха. Боль эта съ теченіемъ времени появлялась все чаще и бѣда спустя стала сопровождаться конвульсивными припадками. При изслѣдованіи обращаетъ на себя вниманіе расширеніе зрачковъ и концентрическое обоюстороннее суженіе поля зрѣнія. Надъ правымъ пахомъ существуетъ ограниченное болѣзненное мѣсто, давленіе на которое усиливаетъ боль. Это же мѣсто служитъ эксциторнымъ пунктомъ судорожныхъ приступовъ. Передъ припадкомъ больной ощущаетъ жаръ въ этомъ мѣстѣ, который распространяется къ головѣ, причемъ больной издаетъ крикъ и падаетъ; однако сознаніе во время приступа не теряется. Припадокъ продолжается обыкновенно 10—15 секундъ и сопровождается суженіемъ зрачковъ; температура во время припадковъ остается нормальной и лишь изрѣдка повышается до 38 C°. На основаніи сохраненія сознанія, нормальной температуры во время припадковъ, концентрическаго суже-

нія поля зрѣнія и того, что бромистый калий не оказалъ никакой помощи при лѣченіи, авторъ считаетъ эти припадки истерическими. Болѣзненное мѣсто надъ правымъ пахомъ есть, по его мнѣнію, zona isterotropa. такъ какъ во первыхъ отъ него распространялись вначалѣ всякаго припадка, подобно восходящей аурѣ, по направленію къ головѣ ощущенія жара и во вторыхъ сильныхъ давленіемъ на это мѣсто иногда удавалось вызвать припадокъ. Такимъ образомъ вліяніемъ молніи въ данномъ случаѣ вызвана истерія. Когда статья автора была уже готова къ печати, ему пришлось наблюдать случаи *paramyoclonus multiplex*, развившійся у человѣка 35—40 л., черезъ годъ послѣ того, какъ онъ подвергся удару молніи, при чемъ, до разлитія характерныхъ клоническихъ спазмовъ, онъ страдалъ различными другими нервными и даже психическими разстройствами.

Н. И. Мухинъ.

Dr. Agostini. Частота смертности у эпилептиковъ отъ чахотки (*Le gli epileptici muviano frequentemente di tisi, Atti e rendiconti della Accademia Medico-Chirurgia di Perugia. 1890 Vol. II. Fasc. 4. S. 237*).

На основаніи статистики итальянскихъ лѣчебницъ для душевно-больныхъ, авторъ $\frac{0}{0}$ смертности эпилептиковъ отъ чахотки считаетъ равнымъ 6,57 $\frac{0}{0}$ [изъ 745 случаевъ умершихъ эпилептиковъ, въ 49 смертъ послѣдовала отъ чахотки]. Такое частое появленіе чахотки у эпилептиковъ объясняется слѣдующимъ: 1) эпилепсія часто наблюдается у идиотовъ и слабоумныхъ, которые, какъ извѣстно, предрасположены къ воспріятію туберкулезныхъ бациллъ; 2) эпилептики по большей части долго содержатся въ закрытыхъ помѣщеніяхъ; 3) раненія вслѣдствіе прикусыванія языка во время припадка служатъ *loco minoris resistentiae* для проникновенія бациллъ; 4) на ряду съ предрасположеніемъ къ эпилепсії конституція и состояніе тѣла ненормальны. Усиленное употребленіе брома не вліяетъ на частоту чахотки. Авторъ втеченіи многихъ лѣтъ наблюдалъ 40 эпилептиковъ, принимающихъ ежедневно 18—20 гр. Вг., безъ всякихъ признаковъ чахотки.

П.

Dr. Antonini. (*Psicopatia epileptica in un imbecille, Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale. XII. Fasc. 1 и 2*).

Авторъ описываетъ новую форму сексуальной психопатіи. Одинъ тупоумный съ ясными признаками вырожденія, 34 лѣтъ, былъ пойманъ на улицѣ въ то время, когда онъ хотѣлъ изнасиловать лѣвуху. До этого постоянно занимался онанизмомъ. Затѣмъ онъ былъ замѣченъ въ томъ, что входилъ ночью въ хлѣвъ и вводилъ телятамъ во влагалище и въ прямую кишку длинную палку, такъ что животныя погибали отъ поврежденія.

П.

Dr. Ottolengi. Психическая эпилепсія у преступниковъ [*Epilepsie psichiche in criminali, Archivio di psichiatria, XII. Fasc. 1 и 2*].

Авторъ описываетъ 12 преступниковъ-эпилептиковъ. У всѣхъ было отсутствіе или нарушеніе нравственнаго чувства. Болѣе тяжелыя преступленія [убійство, увѣчья], во время припадка соотвѣтствовали большому врожденному предрасположенію.

П.

Dr. Ottolengi. Новыя наблюденія зрительнаго поля у психопатовъ [*Nuove Osservazioni sul campo visivo in psicopatici. Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale. XII. Fasc. 1 и 2*].

Ограниченіе поля зрѣнія или еще болѣе неравномѣрность его служатъ патогномическимъ признакомъ status epilepticus и врожденнаго предрасположенія къ преступленіямъ. Состояніе это не зависитъ отъ остроты зрѣнія и состоянія глазного дна. Въ случаяхъ симуляціи этотъ симптомъ можетъ служить дифференціальнымъ признакомъ.

П.

Dr. Mirto, Хроническая прогрессивная хорея [Sulla corea chronica progressiva, Riforma medica, 1891].

Хроническая хорея характеризуется медленнымъ развитіемъ, хроническимъ и прогрессивнымъ усиленіемъ хореическихъ движеній, ослабленіемъ произвольныхъ движеній, разстройствами рѣчи, пораженіемъ психической дѣятельности въ формѣ потери памяти, маніи, слабоумія и проч., — и своимъ фатальнымъ исходомъ. Въ этомъ направленіи авторъ приводитъ цѣлый рядъ наблюденій и дифференцируетъ данное заболѣваніе отъ атаксіи, двойного атектоза и т.с.

М. Н. Поповъ.

Prof. Ladame, Франклинизация при душевныхъ болѣзняхъ (La franklinisation dans les maladies mentales, Bullet. med. ment. Belg., 1891, № 62).

Многими авторами было обращено вниманіе на полезное воздѣйствіе электричества при примѣненіи его къ лѣченію душевныхъ больныхъ; но при этомъ мало было обращено вниманія на франклинизацию. Этотъ пробѣлъ пополняется авторомъ. Особенно полезнымъ авторъ находилъ фраклинизацию при леченіи насильственныхъ явленій. Если франклинизация и не излѣчивала ихъ, то во всякомъ случаѣ придавала больнымъ больше бодрости, энергіи и сопротивляемости болѣзни. Точно также полезною оказалась франклинизация при леченіи folie du toucher. Примѣненіе франклинизации при истеріи было извѣстно уже давно и авторъ вполнѣ оправдываетъ назначеніе ея прежними изслѣдователями. Особенно полезною оказалась франклинизация при запорѣ; въ этомъ случаѣ могущественное вліяніе оказывало извлеченіе искры въ области живота. Головная боль, бессонница и начальный періодъ душевныхъ заболѣваній идутъ очень хорошо подъ вліяніемъ леченія франклинизацией, особенно же астеническіе психозы. Авторъ полагаетъ, что если франклинизация въ дѣлѣ леченія душевныхъ заболѣваній не превышаетъ по своему вліянію другіе физическіе факторы, то во всякомъ случаѣ она имѣетъ право на занятіе мѣста на ряду съ ними.

К. Н. К.

Dr. Seglas, Идеи преслѣдованія (Les idées de persecution, Journal des connaissances medicales, 1891, № 40—41).

Авторъ различаетъ идеи преслѣдованія активныя и пассивныя. Пассивныя—когда больные являются преслѣдуемыми, и активныя, когда они преслѣдуютъ. При изученіи пассивныхъ идей преслѣдованія обращаютъ вниманіе на то, кто преслѣдуетъ, родъ преслѣдованія и способъ преслѣдованія. Въ первомъ отношеніи часто больные еще не имѣютъ опредѣленныхъ представленій и заявляютъ, что вообще ихъ преслѣдуютъ «они»... Въ другихъ случаяхъ преслѣдователи опредѣляются точнѣе: это будутъ іезуиты, жандармы и проч. Еще въ иныхъ случаяхъ больные создаютъ не-

ологизмы и ими обзываютъ преслѣдующихъ ихъ—еще въ другихъ случаяхъ называются опредѣленныя личности.—Что касается роля преслѣдованія, то въ однихъ случаяхъ больные неопредѣленно говорятъ: ихъ мучаютъ, ихъ беспокоятъ и проч. Въ другихъ случаяхъ больные относятъ на свой счетъ жесты, тѣлодвиженія, чужую рѣчь и проч.,—еще въ иныхъ случаяхъ больные слышатъ галлюцинаціи, у нихъ крадутъ мысли, въ нихъ брызгаютъ и проч.—Способы преслѣдованія также бываютъ неодинаковы: однихъ заколдовываютъ, на другихъ вліяетъ сатана, третьихъ магнетизируютъ, спиритизируютъ и проч. Иногда лица, создающія неологизмы,—создаютъ и новые способы пытки; это обыкновенно хроническіе больные. Эти же больные проявляютъ большую склонность къ графоманіи.—Бредъ преслѣдованія является особенно часто при систематизированномъ бредѣ (*paranoïa*). Здѣсь онъ логиченъ и является самостоятельно и первично. Эти больные самоувѣренны, самолюбивы (авт. филія—*Ball*); склонны къ сопротивленію. Бываетъ этотъ бредъ онъ при меланхоліи, но при этомъ развивается послѣдовательно изъ подавленного самочувствія,—при алкоголизмѣ, но развивается изъ галлюцинацій,—при тупоуміи, но является отрывочно и безсмысленно,—у стариковъ развивается или изъ хроническаго бреда преслѣдованія, или изъ старческой подозрительности,—при прогрессивномъ параличѣ онъ множественъ, нелѣпъ и измѣнчивъ. Активные идеи преслѣдованія являются или послѣдовательно изъ идеи пассивнаго преслѣдованія, когда послѣдній бредъ бываетъ систематизированъ и стереотипенъ,—или самостоятельно. Въ послѣднемъ случаѣ бредъ сутяжничества часто въ основѣ своей имѣетъ долю истины,—но сутяги ее извращаютъ и своеобразно дополняютъ. Здѣсь также часто развивается графоманія. Авторъ дѣлитъ активныхъ преслѣдователей на процессуалистовъ и ипохондриковъ, преслѣдующихъ врачей,—и платоническихъ эротомановъ, преслѣдующихъ жертвъ своей любви.

К. Н. Ковалевская.

Dr. Guimball. Диспепсія меланхоликовъ (*La dyspepsie des lypemaniaques. Annales de psychiatrie, 1891, 10*).

Всѣмъ извѣстно, какъ часто меланхолія и другія душевныя заболѣванія сопровождаются диспепсіей и гастро-энтеритомъ, при чемъ терапевтическія мѣры слабы и рядомъ остаются тщетными. Эти желудочно-кишечныя разстройства могутъ быть раздѣлены на три группы: нервныя, зависящія отъ пораженія подвижности желудка,—химическія, зависящія отъ измѣненій желудочнаго сока.—токсическія, зависящія отъ развитія въ организмѣ токсиновъ. Не подлежитъ сомнѣнію, что составъ соковъ организма у душевныхъ и нервныхъ больныхъ измѣняется, какъ количественно, такъ и качественно.—послѣднее доказывается уже запахомъ испареній и дыханія, окружающихъ больныхъ. Количественныя измѣненія доказываются сухостью кожи, отсутствіемъ слезъ и уменьшеніемъ отдѣленія слюны. Слюна, повидному, лишена диастатическихъ свойствъ и потому не годна для пищеваренія. Можно полагать, что, подобно этому, количество выделяемыхъ желчи, сока поджелудочной желѣзы и проч. также уменьшено. Поэтому пищевая масса съ одной стороны не подвергается ассимиляціи, а съ другой стороны она не подвергается достаточной химической обработкѣ и потому нерѣдко остается для организма далеко не индифферент-

ною. Вслѣдствіе же недостаточной перистальтики, эти вещества задерживаются долѣе въ организмѣ и потому разлагаются на токсические элементы. Такимъ образомъ обуславливается аутоинтоксикація, которая сама по себѣ можетъ дать токсическое сумашествіе. Задача леченія должна имѣть въ виду усиленіе отдѣленія пищеварительныхъ соковъ, усиленіе перистальтики дезинфекціи токсическихъ веществъ. Съ послѣднюю цѣлю авторъ рекомендуетъ нафтоль.

К. Н. Ковалевская.

Dr. Guinon et Wolke, О вліяніи возбужденія органовъ чувствъ на галлюцинаціи страстной фазы истерическаго приступа (*De l'influence des excitations des sens sur les hallucinations de la phase passionnelle de l'attaque hysterique*, Archives de neurologie, 1891).

Авторы производили систематическія изслѣдованія надъ цѣлымъ рядомъ больныхъ, страдающихъ большою истеріей, съ цѣлю выясненія вопроса, возможно ли посредствомъ наружнаго раздраженія вліять на содержаніе бреда во время страстной фазы припадка. Для своихъ изслѣдованій они употребляли цвѣтоты, обонятельныя слуховыя, болевыя и проч. раздраженія. Результаты получились слѣдующіе: посредствомъ наружныхъ раздраженій можно измѣнить содержаніе бреда и способствовать прекращенію галлюцинацій, причемъ содержаніе бреда не зависитъ отъ воли экспериментатора, а только отъ особенностей больного и его круга идей. На основаніи своихъ опытовъ, авторы считаютъ явленія большою истеріи аналогичными явленіямъ гипнотизма.

П. П. Платовъ.

Dr. Féfé, Физическіе признаки галлюцинацій (*Les signes physiques des hallucinations*, Revue de Médecine 1890).

При зрительныхъ галлюцинаціяхъ, кромѣ извѣстнаго уже давно особеннаго положенія головы и всего туловища, наблюдается суженіе или расширеніе зрачковъ въ зависимости отъ того, далеко или близко находятся объектъ галлюцинацій; кромѣ того появляются складки и борозды около глазъ, на вѣкахъ, бровяхъ и на губѣ. Наконецъ, можетъ наступать настоящее раздраженіе глазъ, выражающееся краснотой conjunctivae безъ всякаго къ тому наружнаго повода. При слуховыхъ галлюцинаціяхъ наблюдается напряженіе mm. masseteris, sternocleido-mastoidei и самой ушной раковины. При этомъ часто можно замѣтить сочувственныя движенія языка и губъ. Иногда галлюцинантъ производитъ такіа движенія, какъ бы желая удалить какое-то чуждое тѣло. При вкусовыхъ и обонятельныхъ галлюцинаціяхъ наблюдаются движенія языка, губъ и крыльевъ носа, иногда даже саливація. Вазомоторныя измѣненія мало изучены, чаще наблюдаются они при галлюцинаціяхъ кожнаго чувства. При галлюцинаціяхъ общаго чувства внезапно является ощущеніе здоровья или нездоровья; при первомъ можно наблюдать поднятіе мускульной силы.

П. П. Платовъ.

Dr. Mathieu, Изслѣдованія семіологическихъ указаній, могущихъ быть выведенными изъ почерка эпилептиковъ (*Essai sur les indications semiologiques q'on peut tirer de la forme des écrits des épileptiques*, 1890).

Въ первой главѣ своего сочиненія авторъ приводитъ историческій очеркъ работъ, касающихся почерка душевно-больныхъ и

вообще соотношенія между почеркомъ и душевнымъ состояніемъ. Первая работа относительно письма душевно больныхъ принадлежитъ Marcé; за симъ послѣдовали работы Tardien, Legrandu du Saulle'я, Raggi, Bouchwald'a, Nicolas. Voyt'a, Erlenmeyer'a, Berlin'a, Joval'я, Bianchi, Koenigshofer'a, Stone, Durand'a, Jobert'a, Binet и Simon'a. За симъ авторъ обращается къ работамъ графологовъ, которые указывали на зависимость письма отъ характера человѣка, его настроенія духа и проч. Психологи въ свою очередь обратили вниманіе на письмо и нашли (Ferrari, Hericourt и Richet), что письмо человѣка находится въ зависимости отъ настроенія духа, какъ мимика, жесты и вообще движенія. Эти положенія находятъ себѣ подтвержденія въ опытахъ надъ гипнотизированными лицами, которыя подъ вліяніемъ того или другого внушенія, писали иными почерками. Во второй главѣ авторъ касается фізіологіи письма. Изъ всѣхъ фізіологическихъ теорій относительно письма авторъ останавливается на теоріи Erlenmeyer'a, что для координаціи письма въ мозгу человѣка долженъ существовать отдѣльный самостоятельный центръ, который помѣщается въ нижней части второй лѣвой лобной извилины (Exner). Въ третьей главѣ авторъ излагаетъ особенности письма при различныхъ душевныхъ болѣзняхъ. При маніи письмо отличается особенной твердостью, смѣлостью, размашистостью, спѣшностью, пропорціонально состоянію болѣзни. При меланхоліи, напротивъ, наблюдаются особенности дѣтскаго письма: нерѣшительность, неопредѣленность, меленность, нѣжность и даже слабая дрожь. При циркулирующемъ сумашествіи наблюдаются особенности то меланхолическаго, то маниакальнаго письма, въ зависимости отъ періода, въ которомъ оно пишется. Письмо слабоумныхъ, по Simon'у, ничѣмъ особеннымъ не отличается; если же что и можно замѣтить, то только беспорядочность,—и то въ крайнихъ степеняхъ слабоумія. При прогрессивномъ параличѣ наблюдается зигзагообразность. Письмо идиотовъ отличается неопытностью, какъ дѣтское письмо. Письмо гемиплегииковъ такое же, какъ и слабоумныхъ. Въ четвертой главѣ авторъ описываетъ примѣты судорожной и неполной эпилепсіи, которыя не представляютъ ничего особеннаго и новаго. Въ пятой главѣ авторъ излагаетъ исторіи болѣзни двѣнадцати случаевъ эпилепсіи, въ которыхъ онъ могъ изучить характеръ письма. Въ шестой главѣ авторъ производитъ анализъ своихъ наблюденій. На основаніи своихъ изслѣдованій, авторъ полагаетъ, что у эпилептиковъ до и послѣ приступа эпилепсіи замѣчается рѣзкая перемена въ почеркѣ. Эти измѣненія состоятъ въ слѣдующемъ: передъ приступомъ въ письмѣ наблюдается дрожь, имѣющая центральное происхожденіе,—послѣ приступа наблюдается нѣкоторая степень парезіи; степень напряженности дрожи тѣмъ сильнѣе, чѣмъ ближе къ приступу. Всѣ эти явленія могутъ служить для установки діагноза эпилепсіи и важны въ судебно-медицинскомъ отношеніи.

К. Н. Ковалевская.

Dr. Féré, Замѣтка о приступахъ дрожи у эпилептиковъ (Note sur les attaques de tremblement chez les épileptiques, Rev. de méd., 1891).

Авторъ описываетъ случаи эпилепсіи, въ которыхъ вмѣсто стадіи судорогъ наступала по большей части общая быстрая дрожь. Кроме того дрожь наступала при дальнѣйшемъ теченіи болѣзни

и въ epileptическихъ припадковъ. Въ одномъ случаѣ являлась дрожь приступами безъ всякой связи съ припадками эпилепсiи; дрожь охватывала преимущественно мускулатуру бедра и прекращалась при вытягиванiи ноги, но начиналась въ рукѣ противоположной половины тѣла, преимущественно въ *m. deltoideus*.

П. П. Платовъ.

Dr. Féré, Замѣтка о локальной асфиксiи у эпилептиковъ (*Note sur l'asphyxie locale des extrémités chez les épileptiques, Nouvelle iconographie, 1891*).

Извѣстно, что у эпилептиковъ, благодаря замедленiю кровообращенiя въ периферическихъ частяхъ тѣла, конечности, пальцы рукъ и ногъ, носъ и уши представляются синевато-багровыми, охлажденными. Иногда это асфиктическое состоянiе сопровождается общимъ опуханiемъ пальцевъ рукъ и ногъ съ пахидермическимъ утолщенiемъ кожи. Эти мѣста особенно предрасположены подвергаться влiянiю холода. Подобному состоянiю обыкновенно подвергаются периферическiя части тѣла; весьма рѣдко оно распространяется и на все туловище. Такой случай представляетъ авторъ. У больного, эпилептика, 48 лѣтъ наблюдалась не только синевато-багровая окраска пальцевъ рукъ, ногъ, носа и ушей, но такого-же цвѣта пятна были разбросаны и по всей поверхности туловища, на передней и задней его сторонѣ, на ягодицахъ. Чувствительность этихъ мѣстъ была понижена почти на половину сравнительно съ здоровыми частями. Температура также оказалась пониженной: такъ, на задней поверхности правой ягодицы въ асфиктическомъ пятнѣ $29^{\circ},4$, на здоровомъ соотвѣстномъ мѣстѣ $30^{\circ},4$. Больной оставался въ больницѣ 1 годъ и 14 дней. Съ теченiемъ времени, подъ влiянiемъ покоя и впрыскиванiя эрготина Бонжана, эти пятна исчезли, за исключенiемъ одного на второмъ пальцѣ лѣвой ноги, съ которымъ больной и выписался. При объясненiи этого случая авторъ придерживается симпатической теорiи эпилепсiи или теорiи ангионейроза, приписываемой Schneevogt'у. Я. Я. Трутовскiй.

Dr. Edouard Boinet, Дрожь, *tic convulsif*, ритмическая хорея и симптомы Parkinson'овой болѣзни истерическаго происхожденiя, (*Le progrès médical, 1891*).

Авторъ описываетъ интересный случай заболѣванiя дрожью, ритмической хореей, *tic'омъ* и симптомами болѣзни Parkinson'a истерическаго происхожденiя, происшедшiй вслѣдствiе сильнаго испуга. Истерическiе припадки состояли здѣсь изъ цѣлаго ряда двигательныхъ разстройствъ: дрожанiя съ медленными покачиванiями, ритмической хореей, *tic convulsif* и, наконецъ, изъ симптомовъ болѣзни Parkinson'a. Въ качествѣ терапевтическаго средства авторъ въ этомъ случаѣ примѣнялъ суспензiю, послѣ которой состоянiе больного быстро улучшилось. Больная Марiя Д. 32 л. сильно анемична. два мѣсяца тому назадъ страдала лоброкачественной оспой. Въ началѣ высыпанiя у нея наступилъ неполный параличъ небной занавѣски, характеризующiйся обратнымъ истеченiемъ жидкости черезъ носъ и затрудненiемъ глотанiя. *M. m. masset.* были лишь напряжены и болѣзненны при надавливанiи. Въ это же время появился параличъ *vesicae et recti*, который держался 2 недѣли. Затѣмъ въ началѣ нагноенiя — очень сильная лихорадка съ бредомъ по ночамъ. Больная не могла отвѣчать

на вопросы; она не узнавала мужа; бормотала непонятныя слова; каждую минуту хотѣла встать съ кровати. За мозговыми расстройствами, которыя продолжались два дня, послѣдовалъ расстройство рѣчи; рѣчь представлялась протяжной, медленной, невнятной, отрывистой запутанной.—Позже замѣчена была интеллектуальная тупость, потеря памяти и быстрые переходы отъ смѣха къ слезамъ.—Спустя 10 дней послѣ бреда, появилась дрожь верхнихъ конечностей и головы, проявляющаяся только при движеніяхъ. При попыткѣ взять стаканъ и поднести ко рту у больной въ верхнихъ конечностяхъ начинались неправильныя, инкоординированныя, зигзагообразныя движенія, подобныя движеніямъ при sclerosis en plaques. Динамометрія правой руки 14, лѣвой 12. Голова описывала частыя правильныя ритмическія колебанія. Нижнія конечности парезованы. Мѣсяцъ тому назадъ былъ апоплектиформенный приступъ съ потерей сознанія и длительностью около 2-хъ часовъ; послѣ него наступила временная афазія. Походка напоминала псевдотабетическую. Наблюденіе это авторъ съ клинической точки зрѣнія считаетъ заслуживающимъ вниманія на слѣдующихъ основаніяхъ: 1) о контрактурѣ m. m. masset. не упоминалось еще ни однимъ авторомъ. Параличъ прямой кишки и мочевого пузыря рѣдко бываетъ въ начальномъ періодѣ болѣзни. 2) Вопреки общимъ правиламъ параличи эти предшествовали церебральнымъ расстройствамъ. 3) Церебральныя симптомы въ началѣ состояли то въ сильномъ буйномъ бредѣ, то въ бредѣ болѣе тихомъ, но съ большей продолжительностью. 4) Расстройство рѣчи обыкновенно является вслѣдъ за бредомъ; рѣдко бываетъ наоборотъ. 5) Психическія расстройства, бывающія въ подобныхъ случаяхъ (Béhier, Westphal, Foville, Otto, Quinquaud), у нашей больной были слабо выражены. 6) Дрожь напоминаетъ склерозъ en plaques. 7) Дрожь эту можно смѣшать съ pseudo-tabes, описаннымъ Leval-Picquechef. 8) Измѣненіе чувствительности было только въ случаяхъ Béhier'a и Henderson'a.—Авторъ вмѣстѣ съ Westphal'емъ, Babinsky и Maguin говоритъ: «существуетъ нейрозъ, который можно назвать pseudo-sclerosis en plaques и который по симптомамъ и ходу нельзя отличить отъ sclerosis en plaques».

В. А. Тихомировъ.

Dr Gilles de la Tourette, Замѣтка о нѣкоторыхъ малоизвѣстныхъ истерическихъ припадкахъ: приступахъ личной нейралгіи и Менѣровскаго головокруженія (Le Progres Médical, № 31, 1891).

Факты, которые наблюдалъ авторъ, привели его къ слѣдующему: 1) истерическія нейралгіи не рѣдки; 2) онѣ зависятъ отъ истерогенной зоны, находящейся на уровнѣ или въ составѣ нерва; 3) во всѣхъ случаяхъ эта зона отзывается на нервахъ въ началѣ или внѣ конвульсивнаго приступа въ формѣ продолжительной бо- лѣзненной ауры; 4) эти нейралгическіе припадки того же характера, что и другіе истерическіе припадки. Самая видная изъ всѣхъ видовъ нейралгій по ужаснымъ болямъ, продолжительности и упорству лѣченія—истерическая личная нейралгія.—Авторъ приводитъ пять случаевъ личной нейралгіи у истеричныхъ изъ клиники М. Charcot. Кромѣ того авторъ наблюдалъ приступъ въ формѣ Ménière'овскаго головокруженія. Она молодая женщина, сильно истеричная, въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ была одер-

жима шумомъ въ правомъ ухѣ съ сильнымъ свистомъ, пошатыва-
ніемъ и головокруженіемъ; нѣсколько разъ во время приступовъ
были рвоты. Головокруженія были до того сильны, что больная
падала: одну ночь она упала даже съ кровати. Паденіе было
всегда на правую сторону съ послѣдующимъ гемипарезомъ и гемі-
анестезіей. Изслѣдованіе уха и общаго состоянія не оставляли ни-
какого сомнѣнія въ истерической натурѣ субъекта. Прогнозъ въ
такого рода случаяхъ всегда благоприятенъ, но болѣзнь требуетъ
особаго лѣченія. Такимъ образомъ, по автору, локализція въ
извѣстныхъ областяхъ истерогенныхъ зонъ можетъ создать симпто-
матическій комплексъ различныхъ болѣзней: личную нейралгію,
когда зона находится на вѣтвяхъ п. trigemini, Мениѣг'овское голо-
вокруженіе при условіяхъ нахожденія зоны въ области барабан-
ной перепонки и уха, офтальмическую мигрень, когда мѣстомъ
ауры служатъ глаза. *В. А. Тихомировъ.*

Dr. August Volsin, О гипнотизмѣ, какъ предметъ бреда при нѣ-
которыхъ психозахъ (*Annal. de psychiat. et d'hypnotol.*, № 6, 1891).

Вообще болѣзненные мысли представляютъ отпечатокъ среды,
въ которой живетъ больной, эпохи, социальныхъ предрасудковъ
и господствующихъ идей. Въ настоящее время когда гипноти-
ческіе сеансы стали входить въ общее употребленіе, вліяніе ихъ
можно найти и въ содержаніи бреда помѣшательства. Больные,
одержимые гипнотизмомъ, могутъ быть раздѣлены на два класса: без-
ропотно поддающихся внушенію или пассивныхъ и активныхъ
гипнотиковъ. — Особенно часто встрѣчаются первые, при чемъ это
воздѣйствіе гипноза зависитъ не отъ настоящихъ гипнотическихъ
упражненій, а отъ бредового воображенія. Авторъ приводитъ 10
случаевъ истеричныхъ, одержимыхъ гипнотизмомъ. Подобные слу-
чаи, по мнѣнію автора, не лишены интереса и съ судебно-меди-
цинской точки зрѣнія, вслѣдствіе могущихъ возникнуть ложныхъ
обвиненій. *В. А. Тихомировъ.*

Dr. M. Klippel, Прогрессивный параличъ и легочный туберку-
лезъ (*Annal. de psych. et d'hypnotol.*, № 7, 1891).

Большинство авторовъ считаетъ легочный туберкулезъ забо-
лѣваніемъ очень рѣдкимъ для прогрессивныхъ паралитиковъ, но
относительно частымъ для меланхоликовъ, причемъ какъ при ме-
ланхолии, такъ и при параличѣ, заболѣваніе это разсматривалось
какъ вторичное, вызванное нутритивнымъ разстройствомъ орга-
низма. По статистикѣ Bergonier'a, на 100 меланхоликовъ прихо-
дится 36 случаевъ съ легочнымъ туберкулезомъ, на 100 же пара-
литиковъ только 2 случая съ туберкулезомъ. Авторъ изъ 51 вскры-
тія, произведеннаго въ госпиталѣ Sainte-Anne, имѣлъ 31 паралитика,
изъ которыхъ 5 представляли легочный туберкулезъ. У двухъ боль-
ныхъ легочный туберкулезъ и прогрессивный параличъ развива-
лись почти одновременно, такъ что туберкулезъ въ этихъ случаяхъ,
по мнѣнію автора, долженъ былъ играть этиологическую роль. Роль
эта объясняется извѣстными клиническими симптомами со стороны
мозга, которые такъ часто развиваются въ концѣ туберкулеза и
анатомическими измѣненіями, встрѣчающимися въ мозгу и перифе-
рическихъ нервахъ. Что касается вліянія туберкулеза, то у наблю-
даемыхъ авторомъ больныхъ оно представлялось медленнымъ и
скрытымъ, — при этомъ не замѣчалось ни кашля, ни экспекто-

рації, ни лихорадки, ни кровотеченія. Симптомы паралича заглушали всю клиническую картину туберкулеза.—Для подобныхъ случаевъ прогрессивнаго паралича авторъ предлагаетъ сохранить названіе туберкулезнаго псевдопаралича. *В. А. Тихомировъ.*

Dr. D. André (de Toulouse) Случай tics convulsifs съ ономотоманіей (*Le Mercredi médical*, № 26, 1891).

Авторъ приводитъ слѣдующій случай tic'a съ ономотоманіей.—Больной интеллигентный и серьезный человѣкъ; много лѣтъ страдаетъ tic'омъ, который начинается въ плечѣ и въ правой рукѣ и совпадаетъ съ гиперкинезіей правой половины лица. Замѣчательно то, что больной не жаловался на tic; онъ даже не зналъ, что одержимъ имъ. Болѣлъ 18 лѣтъ; отъ роду имѣетъ 45 л.; заболѣлъ отъ сильной тоски. Наслѣдственности нѣтъ. Жаловался на общее необъяснимое страданіе, характеризующееся преимущественно отвращеніемъ ко всему, на постоянную спячку и на присутствіе иллюзій. Такое состояніе спустя нѣсколько мѣсяцевъ смѣнилось слѣдующимъ: больной постоянно былъ занятъ припоминаніемъ забытыхъ именъ. Съ тѣхъ поръ его умъ былъ фиксированъ на именахъ и припоминалъ онъ ихъ съ тоскливымъ нетерпѣніемъ. Затѣмъ появилась новая идея: боязнь потерять письмо, не имѣвшее никакого интереса. Такого рода фиксированныя идеи M. Grasset предлагаетъ назвать tics psychiques.—Въ приведенномъ случаѣ авторъ обращаетъ вниманіе на полнѣйшій индифферентизмъ, который существовалъ у больного по отношенію tics convulsifs и приходитъ къ тому заключенію, что tics convulsifs и tics psychiques представляютъ абсолютную независимость между собою и, что если они и наблюдаются часто вмѣстѣ, то это только вслѣдствіе параллельнаго существованія разстройствъ двигательныхъ окончаній нервовъ и мозговой коры. *В. А. Тихомировъ.*

Dr. Luys. Судебно-медицинскіе вопросы о гипнотизмѣ (*Annal. de psychiatr. et d'hypnot.* № 7, 1891).

Всякая гипнотизируемая личность въ рукахъ гипнотизирующаго является пассивной игрушкой. Въ состояніи гипноза онъ можетъ быть и жертвой всякаго рода посягательства и въ свою очередь можетъ служить орудіемъ въ рукахъ злодѣя, быть его агентомъ для совершенія всякаго рода преступленій и злодѣяній, причемъ настоящій авторъ преступленій можетъ остаться неизвѣстнымъ. Поэтому явленіе такого рода, по мнѣнію автора, съ судебно-медицинской точки зрѣнія должно составлять большой интересъ. Въ своей статьѣ авторъ разсматриваетъ различныя фазы гипнотическаго состоянія съ судебно-медицинской точки зрѣнія и роль врача-эксперта въ подобнаго рода дѣлахъ. Особенно заслуживающею вниманія съ судебно-медицинской точки зрѣнія авторъ считаетъ летаргическую фазу гипноза. Въ этомъ періодѣ субъектъ представляется абсолютно пассивнымъ. Будучи погруженъ въ глубокій сонъ, изъ котораго обыкновенными средствами вывести нельзя, онъ беззащитно отдается на всевозможнаго рода покушенія и обиды.—Для иллюстраціи авторъ приводитъ весьма интересный случай съ одной дѣвушкой, легко поддававшейся гипнозу. Однажды дѣвушка эта отправилась къ одной изъ своихъ подругъ, знавшей, между прочимъ, ея особенную способность поддаваться гипнозу. У подруги находился въ это время какой-то незнакомый че-

ловѣкъ. Какъ провела время у подруги дѣвушка не помнитъ, но рассказываетъ только, что была сильно поражена, когда, проснувшись въ 10 ч. вечера, увидѣла себя во рву городскихъ укрѣпленій. Спустя нѣкоторое время оказалось, что она забеременѣла, причемъ виновника своей беременности совершенно не знала.

Затѣмъ съ судебно-медицинской точки зрѣнія заслуживаютъ еще вниманія т. н. сомнамбулисты, которые особенно легко поддаются чужой волѣ и могутъ составлять пассивный инструментъ всѣхъ вашихъ желаній. Сомнамбулиста легко заставить сдѣлать всевозможнаго рода подарокъ, выдать вексель или обязательство, дать ложное свидѣтельство и т. п. Что касается роли врача-эксперта въ такого рода дѣлахъ то, по мнѣнію автора, врачу недостаточно констатировать, что обвиняемый былъ загипнотизированъ и потому заслуживаетъ снисхожденія. Врачъ долженъ обстоятельно познать субъекта и помощьюъ характерныхъ объективныхъ данныхъ долженъ установить дѣйствительную способность гипнотическаго внушенія и привести обвиняемаго въ то состояніе, въ которомъ онъ былъ, когда совершалъ преступленіе или проступокъ, въ которомъ онъ подозрѣвается и узнать было ли дѣйствительно здѣсь чужое внушеніе, а не самовнушеніе, какъ это бываетъ иногда въ случаяхъ религіозныхъ,—а тогда уже слѣдователю будетъ принадлежать право отыскивать главнаго виновника. Затѣмъ авторъ обращаетъ еще вниманіе на то, что для внушенія достаточно бываетъ самаго легкаго, по наружному виду самаго поверхностнаго помраченія или обаянія и вовсе не необходимо, чтобы индивидуумъ представлялъ во всей чистотѣ формы большого гипноза.

В. А. Тихомировъ.

Prof. Mairet и Bosc, Ядовитость мочи помѣшанныхъ (*Toxicité des urines des aliénés*, Le Mercredi medical, 1891, № 39).

Авторы, съ цѣлію изслѣдованія ядовитаго вліянія мочи помѣшанныхъ, впрыскивали въ венную систему кроликовъ и собакъ мочу маниаковъ, ступорозныхъ, меланхоликовъ, страдающихъ бредомъ преслѣдованія и старческимъ слабоуміемъ. Всѣ вышеуказанныя формы душевнаго разстройства, за исключеніемъ слабоумія проявляли ядовитость мочи, но различную, въ зависимости отъ формы и особенно остроты болѣзни; такъ, если маниакъ былъ буйный, то моча его была значительно ядовита,—моча же маниака покойнаго проявляла или ничтожную ядовитость, или даже по дѣйствию приближалась къ мочѣ здороваго человѣка. По отношенію къ вліянію мочи на нервную систему замѣчалось ея дѣйствіе, отличное отъ дѣйствія нормальной мочи въ двоякомъ направленіи: а) въ однихъ случаяхъ (моча нѣкоторыхъ маниаковъ и ступорозныхъ) производила усиленіе нѣкоторыхъ признаковъ, обуславливаемыхъ здоровою мочою,—б) въ другихъ случаяхъ (меланхолія, меланхолическій ступоръ, нѣкоторые случаи маніи) она производила новые признаки, не обуславливаемые здоровою мочою. Такъ напр., при маніи наблюдали: усиленную мускульную возбудимость, слуховую и кожную гиперестезію и проч., чего не бывало при впрыскиваніи мочи здоровой. Замѣчено было, что въ случаяхъ, гдѣ патологическая урина производила картину болѣзни, не отличающуюся отъ той, какая являлась при отравленіи здоровою мочою, степень ядовитости мочи стояла въ тѣсной связи съ напряженностью наблюдаемой болѣзни;

тогда какъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ патологическая моча производила новые признаки, обыкновенно можно было наблюдать, что моча принадлежитъ больнымъ тихимъ и съ подавленностью. Съ точки зрѣнія причинной—случаи душевнаго расстройства можно раздѣлить на двѣ группы: одна изъ нихъ имѣетъ въ основѣ своей обычныя причины, а другая имѣетъ въ основѣ своей глубокія физическія расстройства (пуэрперальный процессъ, инфекціонныя заболѣванія). Въ первой группѣ ядовитость мочи связана съ элементами иными, тогда какъ во второй группѣ ядовитость мочи въ основѣ своей имѣетъ ту же ядовитость, какъ и основная болѣзнь организма. Эти данныя приводятъ къ сознанію, что душевныя расстройства являются слѣдствіемъ нарушенія питанія.

М. Н. Поповъ.

Dr. Boeck и Slosse, Присутствіе ацетона въ мочѣ помѣшанныхъ (*La présence de l'acétone dans l'urine des aliénés*, *Bullet. med. ment. Belgiq.*, 1891, № 62). Исслѣдовавъ значительное число случаевъ въ данномъ направленіи, авторы полагаютъ, что, при желаніи установить присутствіе ацетона въ мочѣ, приходится приступать къ дѣлу съ очень большими предосторожностями, при чемъ особенное вниманіе обращается на сосудъ, въ которомъ должна содержаться моча. Реакцію съ іодоформомъ Luben'a можно считать самой точной, такъ какъ она указываетъ на присутствіе минимальныхъ дозъ ацетона. Существуетъ ацетонурія физиологическая, являющаяся при обильномъ употребленіи въ пищу азотистыхъ веществъ, — поэтому, если въ мочѣ душевно-больныхъ встрѣчается малое количество ацетона, это, еще не указываетъ на патологическое состояніе. Количество ацетона, содержащееся въ мочѣ, не стоитъ въ соотвѣтствіи съ тѣмъ или другимъ душевнымъ заболѣваніемъ, какъ: депрессія, ступоръ, страхъ, галлюцинаціи и проч. Значительное количество ацетона встрѣчается при истощеніи (инаніци), отказѣ отъ пищи и потерѣ вѣса тѣла. Поэтому весьма важно повышать питаніе больныхъ, когда въ ихъ мочѣ наблюдается значительное количество ацетона. Авторы наблюдали ацетонъ въ мочѣ у общихъ паралитиковъ 9 разъ на 10, у меланхоликовъ 13 разъ на 21, у параноиковъ 3 на 10, эпилептиковъ 8 на 28, маниаковъ 3 на 12 и деменсовъ 1 на 6.

Д. И. Поляковъ.

Dr. Bolnet et Silbert, Мочевые птомаины при Базедовой болѣзни (*Ptomaines urinaires dans le goitre exophthalmique*, *Le Mercredi médical*, 1891, № 39).

Авторы производили вытяжку выпаренной мочи эфиромъ, алкоголемъ и бензиномъ и нашли три птомаина: эфирный, алкогольный и бензиновый. Дѣйствіе этихъ птомаиновъ изслѣдовалось на достаточномъ числѣ животныхъ, при чемъ обращалось вниманіе на сердце, движенія, чувствительность и температуру. Главное дѣйствующее начало выпаренной мочи этихъ больныхъ производило судорги, при чемъ очень малое количество ея, впрыснутое въ вену кролика, вызвало почти моментальную смерть. Впрыснутая подъ кожу лягушки, она обусловила замедленіе и уменьшеніе энергіи ударовъ сердца съ расширеніемъ желудочковъ, послѣ чего сердце остановилось въ діастолѣ. Эта жидкость обладаетъ также конвульсивными свойствами. Алкогольный птомаинъ про-

изводитъ замедленіе ударовъ сердца. ослабленіе систоле, аритмію, увеличеніе діасталическаго состоянія и остановку сердца въ діастоле. Этотъ птомаинъ А обладаетъ также конвульсивнымъ свойствомъ. Но кромѣ этого существуетъ еще алкогольный птомаинъ В, который производитъ кратковременное усиленіе энергіи систоле съ послѣдующимъ ослабленіемъ ударовъ и аритміей и остановкой сердца въ діастоле. На двигательныя волокна онъ производитъ парализующее вліяніе, въ противность тому, что наблюдается при дѣйствіи алкогольнаго птомаина А. Впрыскиваніе въ брюшную полость морской свинки алкогольнаго птомаина производитъ пониженіе температуры, которое длится около часа. При впрыскиваніи птомаина въ вены кролика, наблюдаютъ пониженіе температуры, которая постепенно однако возстановляется и возвращается къ нормѣ. Бензиновый птомаинъ, послѣ скоропроходящаго усиленія систоле, производитъ уменьшеніе систолической энергіи, систолическую слабость, усиленіе діастоле и судорги. Подъ вліяніемъ новыхъ пріемовъ, систоле возстановляется и дѣйствуетъ болѣе энергично. Этотъ птомаинъ преимущественно судорожный; сердечное его дѣйствіе менѣе энергично, чѣмъ алкогольнаго птомаина. Эфирный птомаинъ производитъ ослабленіе съ уменьшеніемъ энергіи систоле и сердечную слабость. Въ отличіе отъ вышеуказанныхъ птомаиновъ онъ производитъ остановку сердца въ систоле. Этотъ птомаинъ обуславливаетъ мускульную перевозбудимость съ нѣкоторыми судоргами и съ послѣдующимъ мускульнымъ разслабленіемъ.

М. Н. Поповъ.

Dr. Leubuscher, Клиническія изслѣдованія надъ выдѣленіемъ кислотъ при нервныхъ и душевныхъ заболѣваніяхъ (Neurolog. Centralbl., 1890 г.).

Въ 1887 году Nordeen опубликовалъ рядъ наблюденій надъ желудочными выдѣленіями; въ то время онъ установилъ тотъ фактъ, что у меланхоликовъ степень кислотности бываетъ болѣе значительна, чѣмъ у здоровыхъ людей. Позднѣ Plaegesk пришелъ къ противоположнымъ результатамъ. Leubuscher изучалъ степень кислотности желудочнаго сока у душевно-больныхъ. *Меланхолия*. Въ 12 случаяхъ простой меланхолии результаты изслѣдованій были противорѣчивы: то кислотъ было мало, то много, то количество ея было нормально. *Манія*. Въ 4-хъ случаяхъ было наблюдаемо полное увеличеніе кислотности. *При остромъ галлюцинаторномъ помѣшательствѣ* количество кислоты оставалось нормальнымъ. *При хроническомъ помѣшательствѣ* (20 случаевъ) кислотность желудочнаго сока была нормальна. *Прогрессивный параличъ* (20 случаевъ). Здѣсь результаты были противорѣчивы и находились въ зависимости отъ субъектовъ, надъ которыми наблюдали, и отъ того момента, во время коего производили наблюденія. У 2 больныхъ желудочный сокъ вовсе не содержалъ хлористоводородной кислоты; у 9 больныхъ онъ содержалъ не болѣе 10% кислоты; у 5 кислота была болѣе 20%; у 2-хъ количество хлористоводородной кислоты было находимо нормальнымъ во всякое время. У большей части больныхъ прогрессивнымъ параличемъ наблюдались колебанія, въ количествѣ желудочной хлористо-водородной кислоты въ зависимости отъ ремиссій и ожесточеній соматическихъ и психическихъ разстройствъ. Положительное отсут-

ствіе хлористоводородной кислоты наблюдалось въ третьемъ періодѣ паралича, когда слабоуміе и дыхательное разстройство достигали своего maximum'a. Во время инсультовъ количество хлористоводородной кислоты уменьшалось. *Хроническіе алкогольные психозы*: количество хлористоводородной кислоты въ желудочномъ сокѣ было нормально. *Хроническій порфиризмъ*: недостатокъ кислоты. *Эпилептическое полнѣтельное*—кислотность нормальна. *Нейрастенія*—вообще увеличеніе количества кислоты, особенно въ случаяхъ безъ нервной боли въ желудкѣ. Наблюдалась разница въ количествѣ HCl, содержащейся въ желудкѣ, въ зависимости отъ того, находится ли больной въ состояніи угнетенія или возбужденія. У больныхъ ажитированныхъ, съ большою подвижностью, въ желудочномъ сокѣ было HCl немного болѣе нормы. Замѣтное увеличеніе HCl въ желудочномъ сокѣ наблюдалось у страдающихъ кататоніей, ступоромъ и у одержимыхъ галлюцинаціями или меланхоліей со ступоромъ. Этотъ фактъ подтверждаетъ наблюденіе Nordens'a относительно меланхоликовъ. Умственный трудъ не оказываетъ вліянія на желудочную секрецію кислоты. Колебзнія въ количествѣ HCl, въ извѣстныхъ случаяхъ находятся въ зависимости отъ органическихъ страданій тѣхъ нервовъ, которые участвуютъ въ выдѣленіи кислоты, и отъ различныхъ функціональных нервныхъ измѣненій.

А. И. Малышинъ.

Galezowski, О серьезности сифилитическихъ пораженій зрительныхъ центровъ (Sur la gravité des accidents syphilitiques etc, Recueil d' ophthalmologie, 3; Вѣстн. офтал., 1891, 7).

Хотя табетичная атрофія зрительнаго нерва въ громадномъ большинствѣ случаевъ имѣетъ сифилитическое происхожденіе, специфическое леченіе при ней оказывается обыкновенно безуспѣшнымъ. Это обстоятельство авт. приписываетъ недостаточно полному леченію сифилиса въ прежнихъ его проявленіяхъ. Если подъ вліяніемъ сифилиса развивается иритъ, кератитъ и пр., то назначая специфическое леченіе, продолжаютъ его только до тѣхъ поръ, пока не исчезнутъ всѣ мѣстные явленія. Между тѣмъ въ такихъ случаяхъ, потомъ, сплошь и рядомъ появляются рецидивы въ той или другой формѣ, иногда спустя долгое время; при наступленіи рецидивовъ опять примѣняютъ специфическое леченіе до тѣхъ поръ, пока не исчезнутъ признаки болѣзни. Но дальнѣйшія проявленія сифилиса, напр. choroiditis, требуютъ все болѣе и болѣе долгаго леченія, а развивающаяся атрофія нерва, уже совсѣмъ не уступаетъ такому леченію. Чтобы такимъ образомъ помѣшать развитію такихъ тяжелыхъ пораженій нерва, авт. совѣтуетъ лечить всякое проявленіе сифилиса, какъ иритъ, кератитъ и пр., въ теченіи двухъ лѣтъ помощью ртутныхъ втираній (по 2 грам. въ день), этимъ путемъ, по авт. можно предотвратить распространеніе сифилиса на мозгъ.

Dr Murray, Миксѣдема и впрыскиванія сока щитовидной железы (Muxoedeme et injections de suc thyreoidien, le mercredi medical, 1891, № 42).

Авторъ впрыскивалъ одной миксѣдематозной больной, страдавшей уже 4—5 лѣтъ, сокъ щитовидной желѣзы и при этомъ наблюдалъ значительное улучшеніе въ болѣзненныхъ явленіяхъ. Такъ, при этомъ уменьшалось припуханіе, лицо приняло болѣе рѣзкое

выраженіе, рѣчь стала болѣе легкою, память улучшилась, дѣятельность расширилась, кожа стала менѣе сухою, менструаціи стали нормальными.

В. А. Тихомировъ.

Dr. Kurella. Случай душевнаго расстройства при Базедовой болѣзни [Ein Fall von Geistesstörung bei morbus Basedowi, Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1891, 9].

Случай, уважаемаго автора, тѣмъ интересенъ, что былъ предметомъ судебного разбирательства и сопровождался многими сопутствующими явлениями, которыя бываютъ не часто при Базедовой болѣзни. Судебный чиновникъ 31 г. въ сентябрѣ прошлаго года попалъ подъ сѣдство, вслѣдствіе воровства и подлоговъ при веденіи кассы; въ декабрѣ того же года послѣ эпилептического припадка заболѣлъ психически. Тюремный врачъ призналъ его симулянтомъ. Но врачъ другой тюрьмы, куда искорѣ былъ переведенъ обвиняемый, призналъ его эпилептикомъ и душевно-болѣннымъ. Съ середины декабря до самаго перевода обвиняемаго въ Крейцбургскую лѣчебницу остраго психическаго расстройства у него не наблюдалось. Здѣсь же появились симптомы Базедовой болѣзни: значительный зобъ, tachycardia и сильный exophthalmus. Кромѣ того развились быстро прогрессирующая міопія, концентрическое суженіе поля зрѣнія, ослабленіе мускульной дѣятельности глазныхъ яблокъ, выражающееся чрезвычайно неподвижнымъ взглядомъ. Наступилъ обоюдосторонній парезъ m. recti interni, что обосновывало продолжительную дивергенцію зрительныхъ осей. Глазныя щели сильно раскрыты, верхнія и нижнія вѣки ретрагированны, отсутствіе морганія, слезотеченіе и симптомъ Graefe. Изъ другихъ нарушеній моторной иннерваціи можно упомянуть о быстрой дрожи; былъ также одинъ короткий эпилептический припадокъ. Вазомоторныя расстройства выражались наклонностью къ потѣнію; taches cerebrales и articularia factitia, — кромѣ того головныя боли, сонливость, наклонность къ аффектаціи. Нарушеній сознанія и интеллекта во время шестинедѣльнаго наблюденія нельзя было замѣтить; напротивъ того пациентъ отличался внимательностью, остротою пониманіемъ, хорошей памятью, образованностью выше своего состоянія и начитанностью, прекрасной діалектикой, — folie raisonnée не было и слѣдовъ. Міровоззрѣніе его было цинико-фаталистическое, о своемъ преступленіи говорилъ, что совершилъ его въ полномъ разсудкѣ и сознаніи. Изъ анамнеза выяснилось, что пациентъ былъ раздражительный, сладострастный человѣкъ и для удовлетворенія своихъ страстей вынужденъ былъ пользоваться извѣщеніемъ ему кассы, что онъ дѣлалъ постепенно и искусно скрывалъ слѣды своего преступленія въ теченіи пяти мѣсяцъ. Для этого промежутка времени нельзя было установить никакого вліянія патологическаго фактора. Въмѣстѣ съ припадкомъ эпилептическимъ въ декабрѣ 1890 года изъ анамнеза больного выяснилось, что у него въ это время по ночамъ, когда онъ оставался одинъ, являлся цѣлый рядъ не предѣленныхъ зрительныхъ и слуховыхъ галлюцинацій. Во время восьмимѣсячнаго наблюденія его были только два раза легкіе судорожныя припадки, да и въ предыдущей жизни они были настолько рѣдки, что ни начальство, ни товарищи ничего не знали объ ихъ существованіи. Отецъ больного былъ мизантропъ и отличался странностями, его младшіе братъ и сестра слабоумны, кромѣ того

послѣдняя повидимому также страдает Базедовой болѣзью. — Авторъ считаетъ пациента отвѣтственнымъ передъ закономъ за солѣянное преступленіе и особенно настаиваетъ на томъ, что судорги и психозъ, развившійся вслѣдствіе ареста (обвиняемаго), представляютъ только эпизоды нейроза, живящаго отъ наследственной дегенерации и что ни въ моментъ преступленія ни во время наблюденія его въ лѣчебницѣ, обвиняемый не былъ ни epileptikomъ, ни душевно-больнымъ. Патологическій процессъ, обусловившій симптомокомплексъ Базедовой болѣзни, авторъ относитъ къ общему нейрозу, а не къ Polienccephalitis superior.

П. И. Ковалевскій.

Prof. Obersteiner, Руководство при изученіи строенія центральной нервной системы въ здоровомъ и больномъ состояніи (Anleitung beim Studium des Baues nervösen Centralorgane im gesunden und kranken Zustande, 1892).

Годъ назадъ вышелъ русскій переводъ анатоміи центральной нервной системы проф. Obersteiner'a и несомнѣнно имѣлъ большой успѣхъ. Естественнo этому успѣху способствовало мастерское изложеніе предмета авторомъ. Въ самомъ дѣлѣ, не смотря на то, что на русскомъ языкѣ по этому предмету имѣются прекрасныя сочиненія профессоровъ Бехтерева и Зернова, а также переводъ проф. Меуперт'a, — сочиненіе Obersteiner'a все таки всегда будетъ и умѣстнымъ и желательнымъ. Прежне всего это сочиненіе отличается полнотою и необыкновенною ясностью изложенія. Кромѣ того его отличительная черта заключается въ томъ, что изложеніе касаясь состоянія нервной системы не только въ здоровомъ состояніи, но и въ болѣзненномъ. Далѣе, авторъ обладаетъ рѣдкою способностью относиться ко всему безпристрастно и каждому предмету изслѣдованія отдать должное. Нынѣ на нѣмецкомъ языкѣ явилось новое изданіе его сочиненія, значительно расширенное и пополненное. Дополненіе касается литературы предмета, способовъ изслѣдованія, патологоанатомическихъ данныхъ и проч. Сочиненіе, какъ въ первомъ изданіи, такъ особенно во второмъ необыкновенно богато рисунками. По всей справедливости сочиненіе заслуживаетъ занять первое мѣсто между собой подобными.

П. И. Ковалевскій.

Dr. Samuel Ayers, Разстройства пищеваренія, какъ причина душевнаго заболѣванія (Medical News. July, 1891).

Авторъ раздѣляетъ свою статью на три большіе отѣла: 1) Патологическія состоянія желудочно-кишечнаго тракта, благопріятствующія развитію токсическихъ агентовъ, способныхъ обусловить душевное заболѣваніе; 2) Поглощеніе этихъ токсическихъ агентовъ и послѣдствія этого явленія; 3) Частичное задержаніе или замедленное выдѣленіе разныхъ ядовъ — вліяніе ихъ на мозгъ и экскреторные органы. 1) Хроническій желудочно-кишечный катарръ съ невареніемъ составляетъ наиболѣе обычную и постоянную причину нервныхъ разстройствъ. Эти катарры обыкновенно пріобрѣтаются въ дѣтствѣ или юношествѣ излишествами въ ѣдѣ и употребленіемъ неподходящей пищи, въ особенности же горячаго хлѣба. Если эти причины, съ ихъ послѣдствіями, повторяются, то устанавливается стойкая диспепсія. Затѣмъ слѣдуетъ броженіе, разложеніе, развитіе газовъ, бактерій и ихъ

птомаиновъ. 2) Такія гнилостныя измѣненія въ кишечникъ вызы-
ваютъ отравленіе организма, слѣдующими способами: а) поглоще-
ніемъ патогеническихъ микробовъ (авто-инфекція), в) поглоще-
ніемъ химическихъ ядовъ или алкалоидовъ, образующихся воздѣй-
ствіемъ микробовъ на органическое вещество, т. е. птомаиновъ
(автоинтоксикація), с) соединенное воздѣйствіе микробовъ и ихъ
птомаиновъ [токсинфекція], d) поступленіемъ въ кровь различныхъ
ядовитыхъ газовъ, въ особенности же сѣроводорода e) задержа-
ніемъ или неполнымъ выдѣленіемъ экскреторныхъ продуктовъ.
Нормальная дѣятельность печени, разрушающая алкалоиды, пре-
дотхраняетъ насъ отъ отравленія при каждомъ приѣмѣ пищи. Но
благодаря почти постоянно преувеличенной дѣятельности, печень
наша нерѣдко доходитъ до состоянія невозможности отличать
пшеницу отъ плевелъ. И тогда послѣдствіемъ поглощенія какихъ-
либо алкалоидовъ или газовъ является головная боль, головокру-
женіе, бессонница, патологическое настроеніе духа. Энергичное
слабительное въ такихъ случаяхъ устраняетъ болѣзненные явле-
нія. Иное положеніе дѣла, когда кровь постоянно такимъ обра-
зомъ отравляется — тогда устанавливается и постоянное патологи-
ческое состояніе, а именно наступаетъ мрачное настроеніе духа,
бессонница, апатія, упорныя головныя боли, галлюцинаціи и да-
же настоящее душевное заболѣваніе. Вышеупомянутое отравле-
ніе обуславливаетъ бредъ и галлюцинаціи совершенно также, какъ
это бываетъ при отравленіяхъ атропиномъ, гіосціаминомъ, коніи-
номъ и т. д. Лейкомаины являются представителями той большой
группы продуктовъ разрушенія, которые развиваются при мета-
болизмѣ тканей въ особенности такъ называемаго азотистаго раз-
рушенія. Сюда же принадлежатъ вещества, прошедшія неизмѣ-
ненными или недостаточно измѣненными печенью, какъ напри-
м. пептонъ, сахаръ, альбумины — и этого уже достаточно для разви-
тія душевнаго заболѣванія. Связь между печенью и душевной по-
давленностью хорошо извѣстна издавна. Органы, имѣющіе назна-
ченіемъ выдѣлять продукты разрушенія разстраиваются. Кожа
становится сухой и жесткой, кишечникъ вялымъ и бездѣйствую-
щимъ, почки также болѣзненно поражаются. Dr. Ayers въ такихъ
случаяхъ меланхоліи даетъ на ночь salomel, podophyllin и ipesa-
cuanha, а утромъ воды Carlsbad, въ теченіи 2—3 недѣль. Главная
задача — по возможности быстрое исправленіе пищеварительный
трактъ.

Д. И. Поляковъ.

Prof. Möbius, Akinesia algera (Ueber Akinesia algera, Deutsche
Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1891, I).

Подъ именемъ Akinesia algera авторъ описываетъ картину бо-
лѣзни, характеризующуюся произвольной неподвижностью, вслѣд-
ствіе болѣзненности при движеніяхъ, безъ того, чтобы можно было
діагностировать видимое измѣненіе. Дѣло касается людей, въ семей-
ствахъ которыхъ случаются нервныя заболѣванія, слѣдовательно,
имѣющихъ ненормальную нервную систему. Вслѣдствіе переутомленія
развивается состояніе нервной слабости, причемъ вначалѣ болѣе
обширныя движенія вызываютъ боль, а затѣмъ и всѣ движенія дѣ-
лаются болѣзненными. Часто эта боль возникаетъ во время дви-
женія, частью же послѣ него проявляется въ той области, кото-
рая двигалась или въ другихъ областяхъ. Наконецъ, дѣло доходитъ

до полнѣйшей неподвижности, такъ что больные походятъ на паразитиковъ. Это состояніе можетъ длиться очень долго. Рядомъ съ неподвижностью проявляются припадки нейрастеніи: скверный сонъ, угнетенное настроеніе духа, неспособность въ умственной работѣ, тяжесть въ головѣ, непріятное чувство въ спинѣ. Относительно исхода нельзя ничего сказать опредѣленнаго. Повидимому, излеченіе возможно. Авторъ приводитъ два случая *akinesiae algerae*, въ которыхъ существенные пункты сходятся. Оба пациента имѣютъ наследственную почву и еще перелѣ заболѣваніемъ являются дегенератами. Оба заболѣваютъ послѣ умственнаго переутомленія, причемъ рядомъ съ *akinesia algera* развиваются явленія нейрастеніи. Во второмъ случаѣ присоединились нѣкоторые истерическіе припадки. Въ томъ и другомъ случаѣ страданіе очень упорно и попытки къ насильственному движенію ведутъ къ ухудшенію. Какъ и чѣмъ объяснить эту болѣзнь? Авторъ убѣжденъ, что органическаго страданія ни въ какомъ случаѣ не имѣется, но что оно чисто функциональнаго характера, возникшее при посредствѣ психики. Прогнозъ плохой.

В. К. Лидрихсонъ.

Prof. Erb, *Dystrophia muscularis progressiva* (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1891, I).

Эрбъ въ своей статьѣ подробно говоритъ о всѣхъ работахъ, появившихся въ печати и имѣвшихъ своимъ предметомъ изученіе и взглядъ на прогрессивную мышечную дистрофію. Затѣмъ онъ переходитъ, въ силу многихъ разнорѣчивыхъ мнѣній, имѣющихся на этотъ счетъ, къ разработкѣ слѣдующихъ вопросовъ: а) составляютъ ли различныя болѣзненные явленія, описанныя подъ однимъ названіемъ *dystrophia muscularum progressiva* одну и ту же клиническую форму и имѣютъ ли они соответственно этому одну и ту же анатомическую подкладку. в) Какого рода эти анатомическія измѣненія, обуславливающія прогрессивную дистрофію мышцъ, имѣютъ ли они, начало въ интерстиціальной соединительной ткани, или же, въ мышечныхъ волокнахъ, наконецъ, въ тѣхъ и другихъ вмѣстѣ. Выражаются ли они также и гипертрофіей отдельныхъ волоконъ или цѣлыхъ мышцъ. е) Наконецъ, нужно установить, имѣемъ ли мы первичное миопатическое страданіе или оно обуславливается неврозомъ.

Ясно, что на первый вопросъ можно получить отвѣтъ только путемъ клиническихъ наблюденій,—общая картина которыхъ слѣдующая: хронически прогрессирующія атрофія и слабость многихъ поперечно-полосатыхъ мышцъ, начинающіяся большей частью въ юношескомъ, рѣже въ среднемъ возрастѣ, являются часто у нѣсколькихъ членовъ одной и той же семьи; характерная и все возвращающаяся локализція мышечныхъ заболѣваній въ верхней части тѣла, бывшей и раньше мѣстомъ заболѣванія (*mm. pectorales, scullares, latissimi, rhomboidei* и другія лопаточныя мышцы, *supinator longus, triceps*, при чемъ мышцы передней части плеча и кистевыя мышцы обыкновенно остаются нетронутыми: въ нижней части тѣла поражаются прежде всего бедренныя мышцы и часть брюшныхъ, *glutei*, большая часть *m. femoris*, наконецъ, икры и область *m. peronei*).

Кромѣ атрофіи встрѣчается также гипертрофія мышцъ, причемъ она бываетъ какъ настоящая, такъ и ложная (липоматозная). Ре-

результаты этихъ патологическихъ измѣненій, которыя выражаются особымъ положеніемъ и формой тѣла и конечностей, ненормальнымъ положеніемъ лопатокъ, сравнительно слабымъ развитіемъ верхнихъ конечностей съ таковымъ нижнихъ, нарушеніемъ движеній и т. д., довольно характерны для этой формы болѣзни. Фибриллярное дрожаніе почти всегда отсутствуетъ; реакція перерожденія такъ же отсутствуетъ; находимо бываетъ только простое уменьшеніе электрической (и механической) возбудимости мышцъ. Рефлексы въ началѣ сохранены, затѣмъ съ прогрессированіемъ болѣзни исчезаютъ; нарушенія чувствительности, ослабленія сфинктеровъ, параличи мозговыхъ нервовъ и вообще другіе симптомы, зависящіе отъ страданія нервной системы, отсутствуютъ. Этой типической картинѣ авторъ даетъ названіе *Atrophia muscularis juvenilis*. Слѣдуютъ 22 наблюденія этой болѣзни. Затѣмъ авторъ приводитъ 14 случаевъ, на основаніи которыхъ можно заключить, что существуетъ цѣлый рядъ одинаковыхъ симптомовъ между такъ называемой *atrophia muscularis juvenilis* и *pseudohypertrophia musculorum*. Слѣдуетъ еще нѣсколько случаевъ, доказывающихъ аналогію между *atrophia muscularis juvenilis* съ одной стороны и *atrophia muscularis infantilis* и наследственной мышечной атрофіей съ другой стороны. Новымъ подтвержденіемъ связи, существующей между всѣми этими формами, служитъ переходъ одной формы въ другую, комбинированіе ихъ (смѣшанныя формы), что доказывается цѣлымъ рядомъ приведенныхъ случаевъ. Идентичность этихъ формъ показывается еще тѣмъ, что члены одного и того же семейства, имѣющіе наследственное предрасположеніе, заболѣвали одной или другой изъ этихъ формъ. Переходя къ патолого-анатомическимъ даннымъ, можно вѣрно сказать, что въ основѣ клинически одинаковыхъ картинъ должны находиться одинаковыя патолого-анатомическія измѣненія. Если даже въ единичныхъ случаяхъ и встрѣчается различіе, или же извѣстныя особенности анатомической картины обуславливаются болѣе или менѣе скорымъ развитіемъ болѣзни, возникновеніемъ ея въ различныхъ возрастахъ, или же, наконецъ, индивидуальностью самого больного, во всякомъ случаѣ, въ существенномъ анатомическая картина будетъ одна и таже. Разумѣется, такое теоретическое соображеніе нуждается еще въ практической подкладкѣ, поэтому авторъ переходитъ къ изложенію того патолого-анатомическаго матеріала, который былъ у него подъ руками и который могъ быть почерпнуть изъ чужихъ источниковъ.

Разсматривая сначала результаты, полученные изъ собственныхъ наблюденій, Erb констатируетъ слѣдующее: не смотря на различіе клиническихъ формъ и нѣкоторыя особенності въ гистологическихъ картинахъ, существенные пункты вездѣ сходятся. Различіе, повидимому, скорѣе количественное, чѣмъ качественное и можетъ быть наблюдаемо какъ на мышцахъ одного и того же субъекта, такъ и на таковыхъ различныхъ субъектовъ. Самыя важныя измѣненія касаются мышечныхъ волоконъ; эти измѣненія очень разнообразны. Главнымъ образомъ, констатируются двоякаго рода измѣненія: увеличеніе и уменьшеніе объема доходящее до полнѣйшей атрофіи. Распространеніе, число и величина гиперволюминозныхъ волоконъ очень измѣнчивы: иногда весь попереч-

ный разрѣзъ мышцы состоитъ изъ такихъ волоконъ; иногда же они перемѣшаны съ волокнами средней гиперволюминозности и атрофированными волокнами; наконецъ, они являются единично между сплошь атрофированными волокнами. Величина отдѣльныхъ волоконъ также различна; minimum и maximum ихъ величины равняется 80—230. Тоже самое можно сказать и относительно атрофій волоконъ. Особенно характерно затѣмъ измѣненіе формы волоконъ: они мало по малу теряютъ свои острые края и дѣлаются все болѣе и болѣе округленными; встрѣчаются даже совершенно круглыя. Далѣе, обыкновенно, увеличивается число мышечныхъ клѣтокъ. Особенно интересно появленіе трещинъ и раздѣленіе волоконъ, пальцеобразная форма, дихотомичность ихъ и образование волоконъ. Измѣненія въ промежуточной соединительной ткани сводятся въ существенномъ на увеличеніе ея количества и содержанія ядеръ, увеличеніе и утолщеніе сосудовъ съ увеличеннымъ количествомъ ядеръ и на отложеніе въ нихъ жировыхъ клѣтокъ. Количество промежуточного соединительнаго вещества крайне различно: тамъ, гдѣ много гипертрофированныхъ мышечныхъ волоконъ содержаніе соединительной ткани скудно, и наоборотъ, оно обильно между атрофированными мышечными волокнами. Тоже самое можно сказать касательно отношенія количества ядеръ и жировыхъ клѣтокъ въ состояніи мышечныхъ волоконъ. Въ общемъ же гистологическая картина крайне пестра и многое зависитъ отъ индивидуальности. Какъ за правило можно считать отрицательные результаты, получаемые при *dystrophia* при изслѣдованіи центральной и периферической нервной системы. Всѣ вышеописываемыя гистологическія измѣненія бывають находимы при каждой изъ четырехъ формъ дистрофіи (*dystrophia juvenilis*, *pseudo hypertrophia*, *hereditaria* и *infantilis*), изъ чего можно заключить, что онѣ представляютъ общую картину болѣзни, какъ съ клинической точки зрѣнія, такъ и съ анатомической и самое подходящее названіе для нея *Dystrophia muscularis progressiva*.

Авторъ переходитъ къ вопросу, какого свойства анатомическій ходъ въ мышцахъ и въ какомъ порядкѣ развиваються патологическія явленія въ нихъ. Онъ вполне согласенъ съ лучшими наблюдателями, что безъ сомнѣнія самое существенное и притомъ первичное измѣненіе касается мышечной ткани. Причина такого мнѣнія заключается въ томъ, что измѣненія въ промежуточномъ веществѣ бывають всегда находимы совмѣстно съ измѣненіями въ мышечной ткани и что бывають случаи, когда поражена одна только мышечная ткань; если же констатируются значительныя измѣненія въ промежуточномъ веществѣ, то аномаліи въ мышечныхъ волокнахъ выражены рѣзко. Отложеніе жира есть вторичное явленіе. Оно можетъ отсутствовать въ сильно измѣненныхъ мѣстахъ, даже въ цѣлыхъ мышцахъ до послѣдняго стадія заболѣванія. Гипертрофія предшествуетъ атрофіи, хотя бывають и исключенія. Отвѣтить на вопросъ, представляютъ ли патологическія измѣненія, происходящія при *atrophia muscularis progressiva* воспалительный или какой либо другой процессъ, авторъ не берется. Относительно же того, представляетъ ли оно первичное мѣстное заболѣваніе мышечной ткани, или же первичное нарушеніе въ отпращиваніи нервной системы онъ полагаетъ, что имѣется дѣло съ строфиче-

скимъ неврозомъ мышцъ. Важно то обстоятельство, что страданіе локализуется въ извѣстныхъ мышцахъ и нервно-мышечныхъ областяхъ, отчасти же въ такихъ мышцахъ, которыя служатъ для одной и той же функціи; это должно указывать на общій иннервационный центръ. Если можно установить, что извѣстныя патологическія и функціональныя нарушенія трофическихъ центральныхъ аппаратовъ могутъ вызывать измѣненія въ мышцахъ, которыя обыкновенно идентичны съ таковыми при мышечной дистрофіи, то надлежитъ думать, что и дистрофія также зависитъ отъ функціональнаго, — обыкновенно анатомически недоказаннаго, — нарушения трофическихъ центровъ. Если такое нарушение изолировано, то мы имѣемъ *dystrophiam muscularem progressivam*, которое такимъ образомъ представляетъ трофоневрозъ; но если это нарушение есть частичное явленіе другихъ заболѣваній, то мы будемъ имѣть вторичную, лейтеронатическую дистрофію.

Иногда мышечная дистрофія сопровождается слабоуміемъ, идиотизмъ, судорогами, эпилепсіей; иногда при ней наблюдаются *diabetes insipidus*, *nystagmus*, *hemisrania*, *hysteria*, *chorea* и др. Въ заключеніе своей объемистой работы авторъ еще разъ касается этиологіи, симптоматологіи и діагноза *dystrophiae muscularis progressiva* и предлагаетъ раздѣлить ее на двѣ большія группы, первая должна обнимать дѣтскій возрастъ, вторая юношескій и зрѣлый, первую онъ называетъ *dystrophia muscularis progressiva infantum*, вторую *dystrophia muscularis progressiva juvenum et adultorum*. Затѣмъ первую группу онъ дѣлитъ на 2 подгруппы: гипертрофическую форму (*pseudo hypertrophia* авторовъ), характеризующуюся тѣмъ, что рядомъ съ атрофіей наблюдается и гипертрофія нѣкоторыхъ мышцъ, и атрофическую, при которой господствуетъ картина атрофическихъ явленій.

Разумѣется, это не есть изслѣльное подраздѣленіе, такъ какъ существуетъ масса переходныхъ формъ. В. К. Дидрихсонъ.

Dr. Hoffmann, Случай хроническаго прогрессивнаго бульбарнаго паралича въ дѣтскомъ возрастѣ (Ein Falle von chronischen progressiver Bulbärparalyse im kindlichen Alter, Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1891. I).

Т. К., мальчикъ одинадцати лѣтъ. Нейропатическая и сифилитическая наследственность отсутствуетъ. Этиологія ничего не даетъ. Дифтерита не было. Болѣзнь началась произношеніемъ въ носъ и возвратомъ пищи черезъ носъ. Спустя приблизительно 4—5 недѣль затрудненіе при глотаніи, переходъ пищевыхъ веществъ въ носоглоточное пространство съ выхожденіемъ черезъ носъ; вслѣдъ затѣмъ слабость губныхъ мышцъ, невозможность свистать и т. д.; во всемъ же остальномъ больной не представлялъ ничего ненормальнаго. При принятіи въ клинику больной представлялъ слѣдующія аномаліи: сильно носовое произношеніе, парезъ въ средней и нижней области п. *facialis* съ легкой атрофіей соотвѣствующихъ мышцъ и реакціей перерожденія при уменьшенной механической раздражительности; всякаго рода сложныя движенія губъ невозможны. Нѣбная занавѣска слѣва парализована, справа функціонируетъ нормально; рефлексъ ея слѣва отсутствуютъ. Глотаніе замедлено и затруднено. *Palatilis* увеличена. Фибриллярная дрожь языка; движеніе его затруднено. Парезъ и атрофія *mm. st. cl.*

mastoideorum и слабость глубоких шейных мышц. Фибриллярная, частью клоническая и хореобридная судорога в лопаточных мышцах, мышцах предплечья и кисти; эти же мышцы крайне вялы. Все остальное, за исключением понижения сухожильных рефлексов, нормально. Авторъ приводит этотъ случай въ виду исключительнаго возраста, такъ какъ бульбарный параличъ обыкновенно является послѣ 40 лѣтъ, рѣже въ 30-хъ годахъ и очень рѣдко въ 20-хъ. Ремакъ сообщаетъ также случай бульбарнаго паралича съ летальнымъ исходомъ у 12-ти лѣтней дѣвочки.

В. К. Дидрихсонъ.

Dr. Frankl-Hochwart, Потеря музыкальной выразительности, (Ueber den Verlust des musikalischen Ausdrucksvermögens, Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1891. I).

Авторъ упоминаетъ о нѣсколькихъ случаяхъ, описанныхъ другими авторами, гдѣ послѣ параличей наступала частичная или полная потеря музыкальной выразительности обыкновенно при полнѣйшей афазии. Затѣмъ онъ переходитъ къ собственнымъ наблюдениямъ, первое изъ которыхъ характеризовалось полнѣйшей афазіей; у пациента была сохранена способность понимать музыку; музыкальная же его выразительность была редуцирована на одну исковерканную мелодію. У послѣдующихъ 4-хъ больныхъ понимание словъ было сохранено очень хорошо; у трехъ изъ нихъ была полнѣйшая афазія, а у четвертой — женщины только большіе дефекты рѣчи. Всѣ пятеро по собственной инициативѣ не могли пѣть. Изъ двухъ мужчинъ, которые играли раньше очень хорошо, одинъ ничего не могъ сыграть, — тогда какъ другой барабанилъ только отрывокъ изъ какой-то мелодіи. Интересно, что два индивида могли сыграть кое-что изъ той пьесы, которую имъ назовутъ. Итакъ, резюме всѣхъ этихъ случаевъ: при появленіи афазіи наблюдались значительные дефекты въ музыкальныхъ проявленіяхъ; слѣдовательно, музыкальная выразительность существуетъ у страдающихъ афазіей; но, съ другой стороны, существуютъ люди, которые съ потерей рѣчи, отчасти или совершенно, теряютъ музыкальную выразительность. До сихъ поръ еще никогда не наблюдалась самостоятельная потеря музыкальной выразительности и никогда она не наступала при заболѣваніи правой гемисферы. Есть основаніе предполагать, что рѣчь и музыкальныя представленія находятся у многихъ въ идентичныхъ или сосѣднихъ центрахъ, потому что очень часто теряется совмѣстно съ рѣчью и музыкальная выразительность и что у ребенка часто то и другое развивается одновременно. Въ другихъ случаяхъ сохраняется, не смотря на потерю рѣчи, музыкальная выразительность; въ такомъ случаѣ работаютъ слуховыя представленія, такъ что центръ для нихъ сохраняется, между тѣмъ какъ таковой представленіи рѣчи погибаетъ.

В. К. Дидрихсонъ.

Dr. Longard, Состояніе сухожильныхъ рефлексовъ у лихорадящихъ и при психическихъ вліяніяхъ, (Ueber die Beschaffenheit der Sennenreflexe bei fieberhaften Kranken und unter der Einwirkung psychischer Einflüsse, Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1891. I).

Longard главнымъ образомъ изслѣдовалъ повышеніе рефлексовъ. Относительно инфекціонныхъ больныхъ получились слѣдую-

шіє результати: изъ 32 чахоточныхъ у 30 наблюдался явственный клонъ ноги, причемъ у семи онъ сопровождался довольно рѣзкими періостальными рефлексомъ и повышеніемъ другихъ рефлексовъ. Въ 42 случаяхъ появлялась локальная контрактура, такъ наз. идиомускулярная контрактура въ mm. pectoralis и biceps, продолжавшаяся довольно долго; въ 25-ти случаяхъ она была выражена слабо, а въ 13-ти она совершенно отсутствовала. Особенно рѣзко она всегда выступала у лихорадящихъ. При брюшномъ тифѣ автору удалось въ 4-хъ случаяхъ констатировать, что во время болѣзни и выздоровленія наступало значительное повышеніе. При остромъ сочленовомъ ревматизмѣ онъ только разъ наблюдалъ повышеніе рефлексовъ. Затѣмъ, по его наблюденіямъ, происходить повышеніе рефлексовъ при крупозной пневмоніи. Психическое возбужденіе влечетъ за собой значительное усиленіе рефлексовъ. Въ этомъ отношеніи, за исключеніемъ фізіологической возбудимости, автору пришлось наблюдать таковое состояніе у нейрастениковъ съ боязливыми представленіями, причемъ съ усиленіемъ боязливой напряженности усиливались также и сухожильные рефлексы. Тоже можно сказать и относительно другихъ психическихъ заболѣваній. Замѣчательно то обстоятельство, что посредствомъ изслѣдованія пателлярнаго рефлекса можетъ быть открыта симуляція, такъ какъ само собою разумѣется симулянтъ во время изслѣдованія находится въ возбужденномъ состояніи.

В. К. Дидрихсонъ.

Dr. Van Deventer, Роль внушенія въ бодрствующемъ состояніи съ судебной точки зрѣнія (Die Rolle der Suggestion im wachen Zustande, vom forensischen Standpunkte ausgelegt. Centralblatt f. Nervenheilk. und Psych. September. 91).

Вопросъ относительно значенія, которое имѣетъ гипнозъ или, лучше сказать, внушеніе съ судебной точки зрѣнія, до сихъ поръ остается открытымъ. Такія лица, какъ Bernheim, Liegeois, Liebault и Beaunis, много внесшія новаго въ науку относительно внушенія, подрываютъ довѣріе къ своей школѣ тѣмъ, что слишкомъ увлекаются и безъ достаточныхъ данныхъ, на основаніи одной лишь теоріи, считаются жертвой самовнушенія. На ряду съ ролью, которую при внушеніи играетъ индивидуальное предрасположеніе и окружающіе, стоятъ психическія эмоціи и недостатокъ самостоятельности. Извѣстно, что, при благоприятныхъ условіяхъ, нѣкоторымъ лицамъ даже письменно могутъ быть внушены извѣстныя мысли и дѣйствія и что такія лица служатъ только послушнымъ орудіемъ въ рукахъ авторитетовъ. Не рѣдко бываетъ, что подъ присягой рассказываютъ факты и даже наглядно показываютъ, какъ произошло то или другое преступленіе, между тѣмъ какъ свидѣтельскими показаніями устанавливается, что рассказывающее лицо не могло быть при совершеніи онаго. Здѣсь играетъ роль только безсознательное внушеніе со стороны самого слѣдователя въ связи съ психическими эмоціями привлеченнаго лица. Относительно роли внушенія въ индуцированіи психозовъ въ литературѣ уже собрано достаточно случаевъ.

Въ настоящей статьѣ онъ сообщаетъ два случая, въ которыхъ ясно выступаетъ роль внушенія въ интересующемъ насъ отношеніи. Первый касается одной истеро-эпилептики, у кото-

рой явилась безумная идея, что ее околдовала сестра и что, для уничтоженія чаръ, мужъ и дочь должны бить ее, сколько хватить силы ногами и руками. Мужъ, привыкшій во всемъ слушаться своей жены, съ рвеніемъ принялся за исполненіе этой обязанности съ помощью двѣнадцатилѣтней дочери, причемъ этимъ послѣднимъ казалось, что они бьютъ колдунью. Во время одной изъ подобныхъ экзекуцій несчастная женщина умерла. Ни въ это время, ни послѣ мужъ не чувствовалъ ни ужаса, ни раскаянья и былъ убѣжденъ, что билъ колдунью,—смерть же своей жены объяснялъ волей Божіей.

Во второмъ случаѣ почтамскій чиновникъ, отличавшійся сильной впечатлительностью, въ высшей степени нервный, кромѣ того только что испытывшій тяжелое потрясеніе, вслѣдствіе смерти горячо любимой матери, но вполне честный и исполнительный, былъ обвиненъ полицейскимъ агентомъ въ распечатаніи посланнаго имъ письма. Вслѣдствіе настойчивыхъ убѣжденій со стороны градоначальника и обвиненій полицейскаго агента, наконецъ, сознался во взводимомъ на него напрасно обвиненіи, причемъ рассказалъ, какъ совершилъ самое преступленіе и указалъ на помощника ему въ этомъ дѣлѣ—своего единственнаго друга. Подобное признаніе подействовало на него такимъ образомъ, что съ нимъ произошелъ судорожный припадокъ съ безсознательнымъ состояніемъ, длившійся два часа. Промежутокъ въ 4 дня, въ который производилось дознаніе, содержаніе писемъ, которыя онъ писалъ въ это время градоначальнику и самый фактъ послышки ихъ совершенно не могъ онъ впослѣдствіи вспомнить.

Послѣ упомянутого припадка у него появились головныя боли, подавленное самочувствіе, паралегія нижнихъ конечностей, ослабленіе мускульной силы верхнихъ, неясное сознаніе окружающей обстановки, неразборчивый почеркъ. Излѣченіе было достигнуто при примѣненіи гипнотическаго внушенія и оправданія больного судьею.

П. П. Платовъ.

Dr. Landmann, Случай эпилепсїи (Ein Fall von Epilepsie, Münchener med. Wochenschr. 1890. № 40 и 41).

Интересъ даннаго случая заключается въ томъ, что авторъ наблюдалъ его 40 лѣтъ и потому подробно прослѣдилъ весь ходъ болѣзни. У 11-ти лѣтней дѣвочки послѣ скарлатины наступилъ приступъ катаlepsii. Затѣмъ она до 18-ти лѣтняго возраста была здорова. По выходѣ замужъ во время первой беременности появился первый припадокъ эпилепсїи; припадки затѣмъ повторялись каждыя 2—3 недѣли. Беременность протекла нормально; ребенокъ родился здоровымъ. Въ теченіи 23-хъ лѣтней супружеской жизни больная родила 12 вполне доношенныхъ дѣтей, кромѣ нѣсколькихъ выкидышей. Двое дѣтей въ раннемъ возрастѣ страдали эпилептическими припадками, которые скоро исчезли на всегда. Одинъ ребенокъ умеръ рано отъ гнойнаго менингита. Остальныя дѣти и двѣнадцать внуковъ вполне здоровы. Втеченіи шести лѣтъ у больной были припадки каждыя 2—3 недѣли. Затѣмъ прекратились на шесть лѣтъ, вернулись вновь съ началомъ беременности и оставались до самой смерти, которая наступила во время status epilepticus, продолжавшагося 3 дня. Больной въ это время было 60 лѣтъ. Авторъ на основаніи опытовъ Бубнова, Гейден-

гайна и Гитцинга полагаетъ, что, какъ послѣдствіе скарлатины, осталось разстройство функціи ограниченнаго мѣста корки мозга, вызвавшее катаlepsію, которое затѣмъ распространилось на цѣлую часть мозга и приступами вызвало разстройство мозговой дѣятельности.

II. П. Платовъ.

Dr. Lange, Аномальныя формы мигрени (*Anomale Formen von Migräne*, Hosp. Tid. 1891, 3 R. IX. 22,—*Neurolog. Centralb.*, 1891).

Авторъ приводитъ случаи, при которомъ во время приступовъ типической мигрени появлялись припадками боли въ верхней части живота, которая распространялась до верхней области поясницы. Впослѣдствіи онъ наблюдалъ много подобныхъ случаевъ: у женщины 30 лѣтъ, если приступъ мигрени продолжался долго, появлялись сильныя боли въ подложечной области и въ обѣихъ рукахъ, въ которыхъ кромѣ того больная ощущала зудъ и слабость; при этомъ у нея наступала неясность зрѣнія и рвота. У другой 34-хъ лѣтней женщины къ явленіямъ мигрени присоединялись боли въ правомъ плечѣ, въ правой половинѣ груди, въ правой *intraaxillarg*'ной области и часто по протяженію *ulnar*'наго края предплечья до мизинца. У третьей 20-лѣтней пациентки боли начинались въ лѣвомъ плечѣ и черезъ нѣсколько времени переходили на лѣвую лобную область, часто онѣ переходили и на правую сторону, ограничиваясь областью лба и глаза. У 52-лѣтней женщины, страдавшей въ продолженіи многихъ лѣтъ приступами головной боли, мигрень начиналась болѣзненнымъ чувствомъ голода и пустоты въ желудкѣ, за которыми слѣдовали коликообразныя боли, поднимающіяся затѣмъ вверхъ и оканчивались въ той или другой половинѣ лба. Иногда приступы проходили безъ головной боли. У одного 30-лѣтняго больного неправильный типъ мигрени выражался болью въ какой-либо половинѣ груди, общимъ недомоганіемъ, тошнотой и рвотой; всѣ эти явленія слѣдовали за приступами типической мигрени. Лѣченіе направленное противъ мигрени, сперва уничтожило боли въ груди, а позже и головныя. Двадцатипяти лѣтній купецъ въ дѣтствѣ страдалъ головными болями, потомъ развились приступы типической мигрени. Иногда пациентъ былъ свободенъ отъ приступовъ головной боли, но въ это время у него появлялись боли въ животѣ и діаррея безъ всякаго повода.

Одинъ 29-лѣтній крестьянинъ въ продолженіи 5-ти лѣтъ страдалъ безпричинными болями въ сакральной и кокцигальной области, боли часто распространялись въ ноги и руки, появлялось чувство зуда; на ряду съ этимъ онъ жаловался на мигренеобразныя головныя боли. «Боль, говоритъ Z., которая появляется и въ другихъ мѣстахъ тѣла, кромѣ головы не можетъ представлять прочнаго патологическаго понятія. Къ тому же головная боль и не обязательна для приступовъ мигрени, такъ какъ во многихъ случаяхъ, въ остальномъ вполнѣ типичныхъ, она отсутствуетъ вовсе.

II. П. Платовъ.

Jolly, О наследственной хорѣ (*Ueber Chorea hereditaria*. *Neurologisches Centralblatt*, 1891, № 11).

Авторъ описываетъ картину болѣзни наследственной хорей у одной больной, для которой страдалъ такой же формой хорей и былъ демонстрированъ Ремак'омъ. Больная представляла обыкновенную картину *chorea minor* съ дрожаніемъ и подергиваніемъ въ

мускулахъ лица, туловища и конечностей и вслѣдствіе этого съ затрудненіемъ движенія ногъ и съ невозможностью производить работу руками и писать; сверхъ того наблюдались нарушенія въ психической сферѣ въ формѣ ослабленія памяти и сильной раздражительности. Относительно ея наследственности извѣстно, что ея мать и два брата матери страдали тою же самою болѣзнью съ ослабленіемъ памяти, дошедшей подъ конецъ жизни до полного слабоумія; у одной сестры больной существуетъ мигрень, а изъ двухъ дѣтей больной старшая уже два года страдаетъ хореей и съ того же времени эпилептическими припадками, трое дѣтей больной умерли скоро послѣ рожденія въ такихъ же самыхъ судорогахъ. Авторъ данный случай относитъ къ семейной хорее, какъ ее описалъ Huntington.

Д. И. Поляковъ.

Dr. Herff, Къ теоріи эклампсін (Zur Theorie d. Eclampsie, Münch. Med. Wochen. 1891).

Авторъ полагаетъ, что картина экламптическихъ явленій сводится къ усиленной возбудимости психомоторныхъ или субкортикальныхъ центровъ. Экламптическая возбудимость развивается во время беременности, или на почвѣ особаго врожденнаго или приобрѣтеннаго расположенія, или же вслѣдствіе хроническаго отравленія (уратами, свинцомъ, алкоголемъ, продуктами заразныхъ болѣзней). Въ другихъ же случаяхъ она можетъ быть вызвана исключительно физиологическими раздраженіями беременности. Экламптический симптомо-комплексъ обуславливается множествомъ органическихъ заболѣваній; поэтому рекомендуется строго отдѣлять основную болѣзнь отъ самой эклампсін. Физиологическія раздраженія беременности сами по себѣ рѣдко ведутъ къ наступленію экламптическихъ пароксизмовъ, чаще-же послѣдніе являются слѣдствіемъ другихъ причинъ, въ особенности же при незначительныхъ явленіяхъ уреміи.

П. П. Платовъ.

Dr. Stembo, Случай Gilles de la Tourett'овой болѣзни (Ein Fall von Gilles de la Tourettescher Krankheit, Berlin. kl. Wochenschr. 1891, № 28).

Больному 34 г.,—16 л. у него начались легкія судороги шеи и затылка и постепенно распространились на лицо и конечности. Языкъ полергивается впередъ и внизъ. Часто больной вытягиваетъ его пальцами (указательнымъ и среднимъ) лѣвой руки и смоченную руку вытираетъ о волосы. При полуоткрытомъ ртѣ слышится шумъ, напоминающій звукъ «kst». Судороги нижнихъ конечностей гораздо меньше, чѣмъ въ мышцахъ лица и рукъ. Если больной слышитъ какое-либо слово въ особенности бранное, то тотчасъ его повторяетъ и кромѣ того иногда произноситъ противъ воли безстыльные слова. Упершись спиной въ стѣну или въ сидячемъ положеніи руками въ колѣна, онъ можетъ подавить судорожныя движенія, которыя также дѣлаются слабѣе, если отвлекается вниманіе больного. Чувствительность, кожные рефлексъы нормальны; сухожильные повышены. Гальванизация центральная и электрическія ванны принесли значительное улучшеніе, такъ что судороги и echolalia ослабли, копролалія совершенно исчезла.

П. П. Платовъ.

Prof. Mendel, О церебральномъ кровоизліянні (Ueber die Apoplexia cerebri sanguinea, Berliner klin. Wochenschr. 1891, № 24).

Авторъ предпринялъ рядъ опытовъ съ цѣлю выяснитъ вопросъ, почему при церебральныхъ кровоизліяннѣхъ картина болѣзни бываетъ одна и таже, т. е. почему кровотечение въ сущности происходитъ всегда изъ вѣтвей Art. corporis striati externaе. Повышая давленіе крови въ сосудахъ мозга, онъ получилъ слѣдующіе результаты: давленіе въ сосудахъ корки значительно меньше давленія въ каротидахъ, между тѣмъ какъ давленіе въ Art. corpor. striat. только немного уступаетъ давленію каротидъ; это объясняется тѣмъ, что Art. corpor. striat. принадлежатъ къ разряду концевыхъ артерій, такъ что даже скоропроходящее давленіе крови, зависящее отъ усиленія сердечной дѣятельности, значительно отзывается въ области распространенія A. corpor. striat. При этомъ артеріи растягиваются не только въ поперечномъ діаметрѣ, но и по направлению продольной оси. Часто повторяющееся подобное растяженіе въ пожиломъ возрастѣ имѣетъ послѣдствіемъ атрофію Muscularis и милярныя аневризмы, которыя при повышеніи давленія разрываются и даютъ начало апоплектическому инсульту. Разрывъ артерій происходитъ также при внезапномъ открытіи и въ вслѣдствіе колебанія давленія. Безсознательное состояніе и позднѣйшія общія явленія объясняются анеміей корки мозга, вслѣдствіе чего авторъ считаетъ нерациональнымъ примѣненіе холода на голову и рекомендуетъ покой и высокое положеніе головы.

II. II. Платовъ.

Prof. Binswanger, Къ патологической анатоміи 'прогрессивнаго паралича (Demonstrationen zur pathologischen Anatomie der allgemeinen progressiven Paralyse, Neurologisch. Centralbl., 91 г., № 20).

Относительно связи между сифилитической инфекціей и развивающимся затѣмъ у того же самаго лица прогрессивнымъ параличемъ нельзя вывести никакого заключенія ни на основаніи развитія, ни на основаніи теченія болѣзни, ни изъ отдѣльныхъ выдающихся болѣзненныхъ явленій. Другими словами, случаи прогрессивнаго паралича, осложненные сифилисомъ, по большей части ничѣмъ не отличаются отъ тѣхъ, въ которыхъ на сифилисѣ нѣтъ никакихъ указаній. Попытка, различить ихъ патологоанатомическимъ путемъ, до сихъ поръ не увѣнчалась успѣхомъ, такъ какъ ни способъ заболѣванія сосудовъ, ни измѣненіе гліи, ни погибель гангліозныхъ клѣтокъ и волоконъ, ни измѣненія оболочекъ и эпепдимы желудочковъ въ случаяхъ, осложненныхъ сифилисомъ, не представляютъ ничего специфическаго. Есть только небольшая группа наблюденій, въ которыхъ рядомъ съ измѣненіями, свойственными прогрессивному параличу, найдены также и специфическіе (гумозные, артеріитическіе) болѣзненные процессы. Авторъ сообщаетъ два относящихся сюда случая.

Въ первомъ, дѣло идетъ о 42-лѣтнемъ мужинѣ, принятомъ въ клинику при явленіяхъ паралитической деменціи; кромѣ того у него наблюдались типичныя эпилептические судорожные припадки. На бывшій сифилисѣ указывали рубцы на лѣвомъ velum palatinum и pterutium. При патолого-анатомическомъ изслѣдованіи получены слѣдующія данныя: асиметрія черепа, помутнѣніе мягкой мозговой оболочки въ видѣ отдѣльныхъ пятенъ около начала праваго

osulomotorius, стволъ котораго въ этомъ мѣстѣ былъ утолщенъ вѣвозъ, веретенообразно вспухшій, постепенно утончавшійся къ мѣсту вхожденія въ твердую мозговую оболочку, гдѣ достигалъ нормальной величины. Базальныя артеріи тонки; arachnoides на выпуклости мозга диффузно-бѣловаго помутнена. Pia тонка, по протяженію большихъ венъ слегка помутнена. Hydrocephalus internus; очень медленно протекающая еpendymitis granularis. Вѣсъ мозга 1319 g. Изъ измѣненій въ другихъ частяхъ тѣла найдена endoarteriitis aortae. Не подлежитъ сомнѣнію, что это новообразование сифилитическаго характера. Микроскопическое изслѣдованіе корки показало сильное исчезаніе нервныхъ волоконъ, атрофію гангліозныхъ клѣтокъ, уплотнѣніе нейроглии съ незначительнымъ развитіемъ веретенообразныхъ клѣтокъ, утолщеніе артеріальныхъ и венозныхъ сосудовъ съ умѣреннымъ увеличеніемъ ядеръ внутри стѣнокъ ихъ, во влагалищахъ и въ окружающей глиі. Второй случай касается 43-лѣтняго мужчины, страдавшаго паралитическимъ слабоуміемъ. Въ анамнезѣ несомнѣнный сифилисъ. Микроскопическое изслѣдованіе мозга показало мелкоклѣточную инфильтрацію въ сосудистыхъ стѣнкахъ, влагалищахъ и въ окружающей глиі; значительное исчезаніе гангліозныхъ клѣтокъ и нервныхъ волоконъ.

II. II. Платовъ.

Dr. Oppenheim, О токсическихъ заболѣваніяхъ нервной системы (Allgemeines und Specielles über die toxischer Erkrankungen des Nervensystems, Neurolog. Centralb., 1891, № 20).

Авторъ описываетъ роль, которую играетъ интоксикація въ этиологіи заболѣваній нервной системы. Различные токсины вѣдѣются въ разнообразныя мѣста нервнаго аппарата и вредное дѣйствіе ихъ часто ограничивается только волокнами и клѣтками, служащими для опредѣленной физиологической функціи. Но какои либо законосообразности при этомъ не существуетъ, такъ какъ сюда присоединяются различныя побочныя условія. Авторъ обращаетъ особенное вниманіе на интоксикаціи, вызванныя комбинарованнымъ дѣйствіемъ многихъ ядовъ. Они могутъ произвести заболѣваніе нервной системы даже въ малыхъ дозахъ, которыя сами по себѣ не токсическія, если присоединяются къ дѣйствію другого яда; напримѣръ, умѣренное употребленіе алкоголя у работающихъ съ металлами можетъ повести къ множественному нейриту. Многие яды готовятъ только почву для проявленія вреднаго дѣйствія другихъ. Токсины дѣйствуютъ или непосредственно на нервный аппаратъ, или посредствомъ поврежденія сосудистаго аппарата какъ мозгового, такъ и периферическаго. Вслѣдствіе этого появляются нейралгии, парестезіи, легкія степени атрофіи и дегенераціи мускуловъ. Въ всякого сомнѣнія лежитъ также дѣйствіе ядовъ при диссеминированныхъ гнѣздныхъ заболѣваніяхъ, при диссеминированномъ міелитѣ и склерозѣ; во всякомъ случаѣ въ этиологіи послѣднихъ заболѣваній интоксикація металлическими ядами играетъ не послѣднюю роль. Наконецъ и функціональные нейрозы часто зависятъ отъ интоксикаціи. Третій способъ вреднаго вліянія токсическихъ продуктовъ состоитъ въ общемъ ослабленіи нервной системы. Авторъ описываетъ также болѣзненную картину, которую онъ часто наблюдалъ у работающихъ съ металлами: на первомъ планѣ стоятъ явленія нейрастеніи и функціональных нейрозовъ;

къ этому присоединяется картина маразма, повышение механической возбудимости мускуловъ, легкое качественное уклонение электрической реакціи, уплотнѣніе артеріальныхъ и венозныхъ стѣнокъ, иногда neuritis optica. Прогнозъ неблагоприятенъ. Наконецъ, ады дѣлають нервную систему болѣе чувствительной для воздѣйствія другихъ вредныхъ моментовъ, особенно для травмы, появленія атрофій, lues spinalis, tabes и комбинированныхъ заболеванийъ пучковъ. Въ заключеніе, авторъ указываетъ на важность токсическихъ вліяній въ отношеніи усиленія такъ называемаго токсикопатическаго предрасположенія. *П. П. Платовъ.*

Prof. Ziehen. О расстройствахъ хода представленій при параноѣ (Ueber Störungen des Vorstellungsablaufes bei Paranoia, Neurolog. Centralblatt, 1891, № 20).

Авторъ, подобно Вестфалу, хронической простой и хронической галлюцинаторной параноѣ противопоставляетъ острую галлюцинаторную параною. При послѣдней постоянно бывають первичныя безумныя представленія и почти постоянно обманы чувствъ. Онъ наблюдалъ при всѣхъ формахъ паранои, преимущественно же при острой еще слѣдующія расстройства: во 1) первичное ускореніе хода представленій (бѣгъ идей), 2) первичное замедленіе ихъ (мыслительную подавленность) и 3) первичную безсвязность ихъ (диссоціацію); всѣ эти состоянія не происходятъ на почвѣ безумныхъ представленій и ложныхъ ощущеній. Эти расстройства овладѣвають всей болѣзненной картиной, являясь интеркуррирующими или постоянными. Въ послѣднемъ случаѣ авторъ различаетъ а) форму паранои съ доминирующимъ первичнымъ бѣгомъ идей, которая представляетъ переходъ къ маніи (mania hallucinatoria Meupel'a); б) ступорозную форму съ доминирующей первичной мыслительной подавленностью, которая составляетъ переходъ къ меланхоліи и с) безсвязную форму съ доминирующей первичной диссоціаціей, которая представляетъ переходъ къ сумашествію (amencia Meupel'a). При этой послѣдней формѣ на почвѣ безсвязности развиваються явленія отсутствія оріентировки, псевдоафазическаго помѣшательства и апраксія. З. теченіе паранои въ «безсвязной формѣ» считаетъ близкимъ къ острой паранои. Какъ на важный этиологическій моментъ онъ указываетъ на puerperium, pubertas и senium. кромѣ того на наследственное предрасположеніе. Начало болѣзни внезапное, продолжительность теченія различная. Частый исходъ выздоровленіе, въ 1/4 случаевъ смерть наступаетъ отъ интеркуррирующихъ болѣзней; вторичная деменція бываетъ рѣдко, но вообще наступаетъ раньше, чѣмъ при хронической параноѣ. Острая галлюцинаторная параноя и три выше описанныя ея формы не представляютъ рѣзко ограниченныхъ картинъ, но часто переходятъ другъ въ друга. *П. П. Платовъ.*

Dr. Olshausen. Къ вопросу о послѣродовыхъ психозахъ и въ частности о психозахъ послѣ эклампсіи. (Beitrag zu puerperalen Psychosen, speciell den nach Eclampsie auftretenden Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXI, H. 2, 1891).

Нельзя отрицать, что ослабляющіе организмъ моменты во время какъ самаго акта родовъ, такъ и послѣродового періода, могутъ, въ связи съ чисто психическими условіями, тѣмъ болѣе при существованіи наследственнаго предраспоряженія, повлечь за собою

душевное заболѣваніе въ послѣродовомъ періодѣ. Но ряомъ съ подобными случаями несомнѣнно существуютъ и другіе, указывающіе на самую тѣсную связь психоза съ тяжелымъ инфекціоннымъ заболѣваніемъ родильницъ, связь мало еще выясненную какъ съ клинической, такъ и съ анатомической точекъ зрѣнія. По наблюденіямъ О. острые психозы чаще являются спутниками послѣродовой піэміи и язвеннаго эндокардита, рѣже съ ними приходится имѣть дѣло при септицеміи. Піэмія при этомъ можетъ протекать скрытно и не быть опредѣлена при жизни родильницы, выражаясь острымъ поряженіемъ мозговыхъ оболочекъ и вещества мозга, въ особенности въ видѣ капиллярныхъ эмболій, легко проскальзывающихъ незамѣченными и на анатомическомъ столѣ. Пораженія брюшины, суставовъ и прочихъ органовъ можетъ при этомъ и не наблюдаться. Но кромѣ подобныхъ безспорно весьма важныхъ и нерѣдкихъ «инфекціонныхъ» психозовъ и пуэрперальныхъ заболѣваній на чисто психической почвѣ, О. отличаетъ еще одну этиологически и клинически обособленную, пока еще мало изученную, группу «психозовъ послѣ эклампсін». Насколько они, между тѣмъ, заслуживаютъ вниманія, видно изъ слѣдующихъ краткихъ цифровыхъ данныхъ: за 51¼ лѣтъ въ Берлинской Университетской женской клиникѣ на 200 случаевъ эклампсін приходится 11 случаевъ съ послѣдовательнымъ развитіемъ психозовъ. Если къ этимъ числамъ присоединить сообщенныя другими авторами цифры (*Braun, Wieger, Seegen*), то въ общемъ получается слѣдующее отношеніе: на 515 сл. эклампсін 31 случай послѣродового психоза (6%). По наблюденіямъ О. исходъ въ психозъ встрѣчается далеко не въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ эклампсін, 7 случаевъ изъ 11 относятся къ перво—4 случая къ многородящимъ. Въ 7 случаяхъ замѣчалось очень значительное содержаніе бѣлка въ мочѣ, въ 2-хъ могли быть открыты только слѣды бѣлка, обстоятельство, которому авторъ приписываетъ извѣстное значеніе въ виду того, что связь между душевными заболѣваніями, съ одной, и пораженіемъ почекъ, съ другой стороны, не можетъ уже въ настоящее время подлежать сомнѣнію. Въ нѣкоторыхъ изъ случаевъ О. проявленію душевнаго расстройства предшествовала необыкновенно продолжительная экламптическая спячка. Обнаруженіе психоза совпадаетъ почти всегда съ самыми первыми днями послѣродового періода, всего чаще оно наступаетъ на 3-й, рѣже на 2 или 4-й день. Въ большинствѣ случаевъ по прекращеніи экламптической спячки сознаніе возвращалось на день, послѣ чего уже наступали признаки психического расстройства, чаще въ видѣ обматовъ слуха, иногда, впрочемъ, и зрѣнія; нерѣдко наблюдались идеи преслѣдованія, доходившія, въ одномъ случаѣ до покушенія на самоубійство. Въ большинствѣ случаевъ заболѣваніе носило характеръ галлюцинаторнаго помѣшательства (*Fästner*), но съ необыкновенно быстрымъ теченіемъ и чаще всего скоро наступавшимъ исходомъ въ выздоровленіе. Слѣдуетъ еще отмѣтить, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ температура и пульсъ достигали *sub partu* безъ достаточныхъ мѣстныхъ причинъ необыкновенной высоты (до 39—39,4°) и частоты (160). Наилучшіе терапевтическіе результаты давалъ хлоралъ въ дозѣ отъ 2,0—4,0 *pro die* въ клизмѣ, онъ успокаивалъ больныхъ значительно скорѣе, чѣмъ морфій и опій. Нѣсколько случаевъ кон-

чились быстрымъ выздоровленіемъ и безъ всякаго лѣченія. Только въ двухъ случаяхъ душевное разстройство не прошло черезъ нѣсколько дней. Необъяснимымъ, но достойнымъ упоминанія является то обстоятельство, что изъ всѣхъ наблюдавшихся за 5¼ лѣтъ психозовъ послѣ эклампсіи, какъ на это указывалось и раньше, относительно эклампсіи, 6 случаевъ слѣдовали одинъ за другимъ въ теченіе короткаго срока съ октября 1888 г. до января 1889 года. Дале О. приводитъ перечень извѣстныхъ въ литературѣ случаевъ развитія психозовъ послѣ эклампсіи и предлагаетъ, наконецъ, на основаніи вышесказаннаго слѣдующую классификацію послѣродовыхъ психозовъ вообще: 1) Инфекціонные психозы, прямо зависящіе отъ лихорадочнаго послѣродового заболѣванія. 2) Идиопатическіе психозы (безъ лихорадочнаго заболѣванія) на почвѣ общаго истощенія. Сюда О. относитъ психозы беременности и лактаціоннаго періода и послѣродовые психозы въ тѣсномъ смыслѣ (*eigentliche Wochenbettpsychosen*), въ основѣ которыхъ лежатъ особенные истощающіе организмъ моменты, какъ напримѣръ, кровотеченія и пр. 3) Интоксикаціонные психозы послѣ эклампсіи или, въ исключительныхъ случаяхъ, при уреміи безъ эклампсіи.

Prof. Binswanger, Мозговой сифилисъ и *dementia paralytica* *Hirnsyphilis und Dementia paralytica*, 1891.

Прежніе авторы, говоря о сифилисѣ центральной нервной системы, касались также и отношенія его къ паралитическому слабоумію. На основаніи клиническихъ и патолого-анатомическихъ изслѣдованій, Rumpfъ полагаетъ, что сифилисъ мозга можетъ давать паралитическое слабоуміе точно также, какъ и другія причины. Сифилисъ можетъ давать и начальныя мозговыя заболѣванія, но это будутъ болѣзненные состоянія, отличныя отъ паралитическаго слабоумія, хотя могущія въ концѣ концовъ перейти въ паралитическое слабоуміе. — Strümpellъ также признаетъ связь между паралитическимъ слабоуміемъ и сифилисомъ, только первое является послѣдовательно за сифилисомъ: сифилитическія бактеріи, по его мнѣнію, обуславливаютъ развитіе гумозныхъ образований, — послѣдовательно же развивающійся химическій сифилитическій ядъ даетъ *tabes* и *dementia paralytica*. — По мнѣнію Gowers'a, сифилитическій ядъ дѣйствуетъ первично на нервныя элементы, подобно другимъ ядамъ, — и оставляетъ нетронутыя окололежащія ткани; такъ бываетъ при *tabes dorsalis* и *dementia paralytica*, — послѣднія развиваются уже въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни. Еще до ученія Fournier и Erb'a объ отношеніи сифилиса къ *tabes*. Esmarch, Jessen, Steinberg, Kjellberg, Rinecker и Erlenmeyer указывали на тѣсную связь сифилиса и прогрессивнаго паралича, при чемъ обращали вниманіе на то обстоятельство, что нѣтъ почти ни одного случая прогрессивнаго паралича, гдѣ бы предварительно не было сифилиса. Обращаясь къ статистическимъ даннымъ, авторъ находитъ, что точное собраніе ихъ очень затруднительно. Можно сказать, что въ большихъ и приморскихъ городахъ сифилисъ чаще, чѣмъ въ деревняхъ; въ высшихъ классахъ онъ чаще, чѣмъ въ низшихъ. — Fournier и Neubner отличаютъ прогрессивный параличъ и псевдопараличъ, при чемъ послѣдній своимъ происхожденіемъ обязанъ именно сифилису; авторъ же полагаетъ, что отличія между этими состояніями нѣтъ и

они составляют одну только форму. — Патологическія явленія при прогрессивномъ параличѣ можно раздѣлить на три группы: задержки, раздраженія и параличи. Изъ статистическихъ данныхъ, приводимыхъ авторомъ относительно времени заболѣванія прогрессивнымъ параличемъ послѣ первой инфекціи сифилисомъ видно, что въ двухъ случаяхъ заболѣваніе послѣдовало черезъ годъ и въ одномъ спустя 38 л. послѣ первичнаго заболѣванія. Обращая вниманіе на высокій процентъ сифилитиковъ при прогрессивномъ параличѣ, нельзя не установить того положенія, что такое сочетаніе не можетъ быть случайнымъ совпаденіемъ. По мнѣнію автора, сифилисъ играетъ роль вторичнаго предрасполагающаго вліянія, ослабляя организмъ вообще и тѣмъ способствуя отѣльнымъ его частямъ подвергаться болѣзнетворнымъ воздѣйствіямъ. Доказательство этому заключается въ сосуществованіи въ организмѣ прогрессивнаго сифилитика другихъ болѣзнетворныхъ агентовъ. Авторъ полагаетъ также, что въ этомъ случаѣ можетъ играть роль и сифилитическій токсинъ, при чемъ въ однихъ случаяхъ при вскрытіи получается специфическая сифилитическая Heubner'овская картина, — въ другихъ же случаяхъ ея нѣтъ. Въ происхожденіи паралича наследственность играетъ такое же причинное значеніе, какъ и при другихъ психозахъ, — но значеніе это не первенствующее, а второстепенное. Разсматривая годы заболѣванія прогрессивнымъ параличемъ, самое раннее заболѣваніе падаетъ на 17 случаевъ, гдѣ въ основѣ болѣзни лежитъ сифилисъ. Сифилитическому параличу особенно свойственны моноспазмы и моноплегии, предшествующія наступленію и развитію прогрессивнаго паралича еще задолго.

Н. Я. Платоновъ.

Dr. Unverricht, О тоническихъ и клоническихъ мускульныхъ судорогахъ (Ueber tonische und klonische Muskelkrämpfe, Deut. Archiv f. klin. Medicine, 1891).

Авторъ приводитъ новыя доказательства раньше высказанному имъ мнѣнію, что для эпилептического приступа требуется участіе корки, потому что только корковые узлы могутъ дать типическій эпилептический приступъ. Авторъ оспариваетъ взглядъ Ziehen'a, по которому клоническія судорги обязаны своимъ происхожденіемъ коркѣ, тоническія же интракортикальнымъ узламъ.

В. А. Тихомировъ.

Dr. Ziemssen, Tabes и сифилисъ (Tabes und Syphilis, Berliner Klinische Wochenschrift, № 37, 1891).

По поводу интересныхъ сообщеній Prof. Erb. объ отношеніи tabes къ сифилису, основанныхъ на статистическихъ данныхъ, авторъ даетъ слѣдующихъ два замѣчанія, имѣющихъ въ основѣ своей на практикѣ произведенные терапевтическіе опыты, въ большинствѣ случаевъ повѣренные всѣми признанными авторитетами. *Ложный виѣние отрицательный результатъ терапіи.* Авторы, отвергающіе связь Tabes съ Luës, въ качествѣ доказательства, приводятъ тотъ фактъ, что специфическое леченіе часто остается тщетнымъ. Такого рода выводъ, даже если бы онъ былъ основанъ на сотняхъ случаевъ, совершенно неоснователенъ по двумъ причинамъ. Во первыхъ, специфическій процессъ въ спинномъ мозгу могъ обусловить столь глубокія и стойкія измѣненія и разрушенія, что антисифилитическое леченіе до-

стигаетъ только остановки дальнѣйшаго развитія и нѣкотораго улучшенія процесса, а не даетъ *restitutio ad integrum*—поэтому и клиническая картина, вызванная пораженной или даже разрушенной нервной тканью, не смотря на лечение, останется прежней. Этого рода пациенты весьма часто только тогда прибѣгаютъ къ лечению, когда первые симптомы, какъ стрѣлющіе боли (ревматическія?), ощущение опоясыванія ест. существуютъ уже въ теченіи многихъ мѣсяцевъ. Подобное же мы наблюдаемъ и при сифилитическомъ заболѣваніи другихъ органовъ. Во вторыхъ, специфическое лечение, обыкновенно примѣняемое, является слишкомъ слабымъ во многихъ случаяхъ тяжкаго *lues dorsalis*. Тоже самое мы наблюдаемъ въ случаяхъ такъ называемаго «неизлечимаго» и «скоротечнаго *lues*», при которыхъ высшія дозы *Hydrargyrum* тѣмъ не менѣе даютъ благоприятный результатъ. *Положительный результатъ терапіи.* Сочетанное лечение, состоящее изъ высшихъ дозъ *Hydrargyrum*, *kalium jodatum* и примѣненіи постоянного тока, въ свѣжихъ случаяхъ можетъ обусловить кромѣ полного исчезновенія всѣхъ атактическихъ, нейралгическихъ и другихъ явленій — полное возстановленіе; въ застарѣлыхъ случаяхъ, даже послѣ нѣсколькихъ лѣтъ, достигается значительное улучшеніе. Подъ «высшими» дозами, авторъ подразумѣваетъ такое количество, какое пациентъ можетъ вынести безъ тяжкихъ явленій меркуриализма. Количество это для каждаго даннаго больного должно быть опредѣлено путемъ опыта, посредствомъ постепеннаго увеличенія дозъ. При лечении посредствомъ инъекцій такимъ количествомъ обыкновенно будетъ 10—20 г. чистаго *Hydrargyrum*, въ связи съ необходимымъ количествомъ жира, вазелина и т. д. Обычное затрудненіе дефекаціи такихъ больныхъ и вслѣдствіе этого легко наступающая *Dysenteria mercurialis* конечно требуетъ осторожности при лечении, но не служитъ противопоказаніемъ лечения.

З. В. Гутниковъ.

Dr. Brasch, Случай сифилиса центральной нервной системы, протекавшій при явленіяхъ табетическаго паралича (*Ein Fall unter dem Bilde der tabischen Paralyse verlaufender Fall von Syphilis des Centralnervensystem, Neurolog. Centralblatt, 1891*).

Въ настоящемъ случаѣ, на основаніи шатающейся походки, атаксіи нижнихъ конечностей, Ромбергова признака, аналгезіи въ области ногъ, при сохраненіи чувства прикосновенія, отсутствія сухожильныхъ рефлексовъ и недержанія мочи—былъ поставленъ діагнозъ *Tabes'a*; черезъ 14 дней послѣ поступленія въ клинику наступили дементныя явленія. Черезъ 10 дней послѣ этого больной умеръ. При патолого-анатомическомъ изслѣдованіи установлено типичное люэтическое измѣненіе сосудовъ мозга, кровоизліянія въ различныхъ мѣстахъ, двѣ гуммы въ области височныхъ долей и сифилитическія измѣненія оболочекъ и самой субстанции мозга въ видѣ гнѣздъ размягченія. Въ спинномъ мозгу, рядомъ съ асистемными пораженіями въ верхнемъ и нижнемъ отдѣлѣ, найдено было сѣрое перерожденіе заднихъ пучковъ, характерное для *tabes'a*. Дифференцировать при жизни сифилисъ центральной нервной системы отъ *Tabes'a* и начальнаго стадія прогрессивнаго паралича не всегда удается. Трудность дифференціальной діагностики зави-

ситъ во 1) оттого, что начало паралича трудно поддается опредѣленію и больные долго могутъ сносно исполнять свои обязанности. Во вторыхъ, патолого-гистологическія данныя при параличѣ еще не изучены на столько, что бы ими можно было объяснить всѣ клиническіе симптомы болѣзни и что солитарный туберкулъ, гумма, gliosarcoma и абсцессъ могутъ давать тотъ же симптомо-комплексъ, если они поражаютъ соответствующія мѣста мозга. Въ третьихъ, какъ при сифилисѣ, такъ и при параличѣ почти постоянно пораженіе захватываетъ церебральные и спинальные центральные органы; tabes же не даетъ чистой картины потому, что палааетъ на почву, пораженную сифилитическимъ процессомъ и такимъ образомъ затемняетъ оба болѣзненные процесса.

II. II. Платовъ.

Dr. Schulz, Къ ученію о сифилитическихъ заболѣваніяхъ центральной нервной системы (Beitrag zur Lehre von den syphilitischen Erkrankungen des Centralnervensystems, Neurolog. Centralbl. 91. № 19).

Проявленія сифилиса центральной нервной системы на столько разнообразны и измѣнчивы, что въ литературѣ долгое время существовали только единичныя наблюденія. Первый Rumpf удачно выполнилъ взятую имъ на себя задачу составить изъ этихъ отдѣльныхъ наблюденій связную клиническую картину болѣзни. Но интересъ къ данному вопросу не охлаждъ и въ литературѣ постоянно сообщаются относящіяся сюда случаи. Авторъ въ настоящей статьѣ описываетъ случай сифилиса центральной системы, гдѣ при жизни былъ поставленъ діагнозъ новообразованія въ правой половинѣ pontis подъ перекрестомъ facialis, проникшаго въ область задней части правой чечевицы.

II. II. Платовъ.

Dr. Anton, О врожденномъ заболѣваніи центральной нервной системы (Ueber angeborene Erkrankungen des Centralnervensystems. Neurologisches Centralblatt. 1891, № 4).

Авторъ подъ врожденной болѣзнью понимаетъ не только болѣзнь, рожденную вмѣстѣ съ носителемъ ея, но и такую, которая поражаетъ центральную нервную систему во время развитія; какъ особую группу авторъ выдѣляетъ тѣ болѣзни, которыя возникаютъ во время родовъ. Дѣло идетъ въ описанномъ случаѣ о 15-мѣсячной микроцефалии съ симптомами прирожденной спастической неподвижности членовъ; мать на третьемъ мѣсяцѣ беременности страдала болями въ нижней части живота, которыя прошли только послѣ родовъ; при родахъ вышелъ приблизительно трехмѣсячный мертвый плодъ. Черепъ былъ очень малъ въ особенности въ лицевой области (преимущественно въ области лба); вѣтви a. carotit int. очень тонки, почти совершенно отсутствовали sinus venosus съ сагитальнымъ серпомъ мозга. Въ мозгу лобная, теменная и затылочная доли сильно сморщены; наибольшую массу полушарій представляли височныя доли. Авторъ этимъ воспользовался, чтобы найти локонистыя части этой области въ capsula int., и считаетъ вѣроятнымъ, что при косомъ разрѣзѣ находимыя нижнія области внутренней капсулы прямо входятъ въ височную долю. Малый мозгъ и четырехолкія были хорошо развиты; въ области мозговыхъ ножекъ части pedis pedunculi совершенно отсутствовали, также и теменно-височный путь, отсюда же начинается отсутствіе пира-

пирамидальных путей чрезъ продолговатый мозгъ; по автору зѣсь дѣло идетъ не о дегенерации, но о приостановкѣ развитія, слѣдовательно, объ аплазии этой системы волоконъ; мозолистое тѣло представляло только нѣсколько волоконъ, а также окружность желудочковъ (задній и нижній рогъ) была обнажена вслѣдствіе отсутствія нервныхъ волоконъ. Авторъ видитъ въ этомъ основаніе для принятія, что преимущественно волокна мозолистого тѣла формируютъ стѣнки желудочковъ. При изслѣдованіи продолговатого и шейной части мозга авторъ указываетъ на то, какъ хорошо можно изучать, при агенезіяхъ пирамидальныхъ путей, чувствительные пути и указываетъ на препаратахъ на переходъ многочисленныхъ чувствительныхъ волоконъ въ противоположные пучковые пути малого мозга; чувствительный перекрестъ, кажется, простирается *in continuo* въ переднюю комиссуру спинного мозга. Агенезія пирамидальныхъ путей, по мнѣнію автора, произошла вслѣдствіе болѣе ранняго нарушенія въ мозгу и является доказательствомъ теоріи Flechsig'a, что этотъ путь растетъ изъ мозга. Во врожденныхъ спастическихъ явленіяхъ авторъ видитъ перевѣшиваніе иннерваціи заднихъ пучковъ надъ иннерваціей боковыхъ пучковъ и принимаетъ, что и у нормально рожденныхъ появляющіяся спастическія явленія должны быть объяснены тѣмъ, что задніе пучки развиваются раньше пирамидальныхъ. Въ переднихъ рогахъ спинного мозга, несмотря на отсутствіе пирамидъ, нельзя было найти нарушенія въ числѣ и калибрѣ кѣтокъ, каковыя явленія бывають скорѣе вообще при дегенерации, чѣмъ при аплазии пирамидъ.

Д. И. Поляковъ.

Dr. Geo. Savage, О вліяніи обстановки на возникновеніе душевнаго заболѣванія (*The influence of surroundings on the production of insanity. The Journal of mental Science, 1891, 4*).

Въ производствѣ душевнаго заболѣванія признается двѣ главныхъ группы причинъ: наследственность и условія существованія даннаго лица. По мнѣнію автора, въ настоящее время придается слишкомъ большое значеніе наследственности и вмѣстѣ съ тѣмъ забывается обстановка и условія существованія. Между тѣмъ мы очень часто встрѣчаемъ случаи душевнаго заболѣванія въ семьяхъ, гдѣ остальные члены всѣ остаются свободными отъ всякихъ не только душевныхъ, но и нервныхъ заболѣваній. Очевидно, въ такихъ случаяхъ наследственность является не при чемъ. Несомнѣнно, мы являемся повтореніемъ нашихъ предковъ; но несомнѣнно также и то, что среда не остается безъ вліянія на насъ. Лучшимъ доказательствомъ служитъ жизнь растений. Если мы возьмемъ отпрыски могущественнаго дуба и посадимъ одинъ изъ нихъ на почвѣ подходящей, а другой на почвѣ негодной,—то въ первомъ случаѣ мы получимъ мощное дерево, а во второмъ хилое и жалкое деревцо. Если бы мы это послѣднее пересадили даже и на надлежащую почву, то оно плохо уже поправится.—Бываютъ случаи, когда болѣзнь начинается отклоненіями въ отращиваніи органовъ и закончится можетъ уже болѣзью,—когда неправильныя воспріятія могутъ перейти въ иллюзіи, а затѣмъ дать бредовыя идеи. Напр. здоровая мать, долго ухаживая за несчастнымъ ребенкомъ, и послѣ его смерти можетъ слышать его стоны. Преступникъ, бѣжавшій изъ тюрьмы, всюду видитъ

преслѣлователя. Старая дѣвица создаетъ себѣ ложныя представленія о любви къ ней лицъ, рѣшительно не обращающихъ на нее никакого вниманія. Всѣ эти и подобныя случаи, даже у наследственно здоровыхъ людей могутъ дать душевную болѣзнь. Но особенно вѣское доказательство вліянія внѣшней обстановки на возникновеніе душевной болѣзни мы видимъ въ общемъ параличѣ. по отношенію къ которому доказано, что деревенская жизнь весьма мало создаетъ его, тогда какъ городская является главнымъ его производителемъ.

К. Н. Ковалевская.

Dr. Snow, Ракъ и отношеніе его къ душевнымъ заболѣваніямъ (Cancer in its relation to insanity, The Journal of mental Science, 1891, 4).

Авторъ занялся изученіемъ отношенія заболѣванія ракомъ къ душевнымъ заболѣваніямъ и находитъ, что ракъ вообще весьма рѣдкое явленіе при душевныхъ заболѣваніяхъ, при чемъ онъ никогда не наблюдается у дегенератовъ. Принимая во вниманіе то явленіе, что ракъ нерѣдко является слѣдствіемъ жизненныхъ условій, порождаемыхъ цивилизаціей, авторъ поражается тѣмъ, что количество раковыхъ заболѣваній у душевно-больныхъ съ годами не увеличивается. Весьма интересно то явленіе, что иногда ракъ является причиннымъ моментомъ въ тѣхъ случаяхъ, когда онъ даже не находится въ черепной полости.

К. Н. Ковалевская.

Prof. Wolff, Сознаніе съ медицинскою точки зрѣнія (Consciousness from a medical standpoint, The Journal of nervous and, ment. disease, 1891, 9).

Авторъ полагаетъ, что локализациа сознанія въ той или другой части нервной системы производится неправильно. Клетки мозговой корки служатъ только лишь для проявленія сознанія; органическая же основа сознанія въ совокупности своей заключаетъ въ себѣ всѣ ткани, которыя въ жизнедѣятельности своей связаны бываютъ съ кортикальными клетками, какъ часть одного организма.

Д. И. Поляковъ.

Dr. Fry, Хорея у стариковъ (Chorea in the aged, The Journal of nervous and mental disease, 1891, 9).

Сиденгамовская хорея свойственна преимущественно дѣтскому возрасту. Встрѣчается она у взрослыхъ и стариковъ, но это явленіе весьма рѣдкое. Нужно однако обратить вниманіе на то обстоятельство, что у стариковъ хорея является иногда не какъ функциональное разстройство, а какъ проявленіе органическаго пораженія кортикальнаго и субкортикальнаго мозга. Наконецъ, у взрослыхъ и стариковъ развивается еще одинъ видъ хорей,—это такъ называемая Гэнтингтоновская хорея. Всѣ эти виды хорей съ клинической точки зрѣнія имѣютъ много общаго между собою, почему совершенно справедливо относятся къ одному и тому же виду заболѣванія—хорей. Но они рѣзко разнятся между собою: простая Сиденгамовская хорея обыкновенно излечима,—органическая хорея въ большинствѣ является прелѣстникомъ органическихъ заболѣваній и наконецъ Гэнтингтоновская хорея остается пожизненною. Авторъ описываетъ случай простой Сиденгамовской хорей у старика бѣ дѣтъ,—сопровождавшійся паретическими явленіями и тѣмъ не менѣе окончившійся вполне благополучно подъ вліяніемъ мышьяковистаго леченія.

К. Н. Ковалевская.

Dr. Berkley, Случай хорей съ поражениемъ умственныхъ способностей и его отношеніе къ теоріи хорей (The Johns Hopkins Hospital Reports. 1891).

Авторъ наблюдалъ случай хорей у 27-лѣтней дѣвушки, который сопровождался поражениемъ мыслительной дѣятельности. Болѣзнь быстро развивалась въ тяжелую форму и перешла въ *état de mal choréique*, черезъ два мѣсяца закончившись смертельно. При вскрытіи, кромѣ эндокардита, абсцесса *parotis* и бронхита, обнаружено почти общее поражение нервной системы, преимущественно васкулярное, но рядомъ съ этимъ были и гнѣзда, въ которыхъ находились гліиновые тѣльца другихъ авторовъ. Авторъ, на основаніи экспериментовъ надъ животными, полагаетъ, что хорей есть болѣзнь инфекціонная, при чемъ для ея производства служатъ особыя бациллы, дѣйствующія преимущественно на сосудистую систему и мозговые оболочки; *сopruscula* же *amylacea* *Flechsig's* и *Wahenberg's* для хорей не представляютъ ничего характернаго.

Д. И. Поляковъ.

Dr. Christian, Современная фізіологическая теорія эпилепсін (On present physiological theories of Epilepsy, Journal of ment. Science, 1891).

Авторъ принимаетъ интрацеллюлярный механизмъ эпилептическихъ судорогъ. *Schröder van der Kolk* и *Huglings Jackson* пытались объяснить его сравненіемъ съ заряденіемъ и разряденіемъ Лейденской банки. По позднѣйшей теоріи *Jackson* дѣлитъ мозгъ на три пояса и считаетъ эпилептическими только судороги, въ первомъ происходящія (въ префронтальной области),—судороги же во второмъ поясѣ (Роландова область корки и полосатое тѣло) называетъ эпилептиформными. Но такой взглядъ не вѣренъ, такъ какъ по самимъ судорогамъ нельзя опредѣлить ихъ источникъ; для эпилепсін характерны не онѣ, а внезапная и полная потеря сознанія. Локализацию ихъ слѣдуетъ искать въ центрахъ сознательной дѣятельности и пониманія, т. е. въ переднихъ частяхъ гемисферъ. При «*absence*» поражается только эта часть, при «*grand mal*» захватываются также и психомоторные центры, при «*vertigo*» приводятся въ дѣйствіе локомоторные центры спинного мозга и подъ контролемъ головного производятъ болѣе или менѣе сложныя (*verwickelten*) движенія, какъ это бываетъ у спящихъ, пьяныхъ, у животныхъ лишенныхъ гемисферъ.

П. П. Платовъ.

Dr. Lane, Случай эпилепсін, происшедшей вслѣдствіе вдавленія и перелома теменной кости отъ наложенія щипцовъ при родахъ (A case of epilepsy following on a depressed fracture produced by forceps at birth after an interval of fourteen years, Lancet 1891, № 3).

При наложеніи щипцовъ во время родовъ ребенку были причинены переломъ и вдавленіе правой теменной кости. На 14-мъ году жизни у него наступилъ первый припадокъ эпилепсін, которые затѣмъ стали часто повторяться. Припадкамъ всегда предшествовала аура, состоящая въ томъ, что въ лѣвой ногѣ наступала клоническая судорога, затѣмъ отъ лѣвой нижней конечности поднималось болѣзненное чувство черезъ лѣвую половину туловища къ лѣвой рукѣ и половинѣ лица; иногда оно переходило и на правую руку. Судороги были или лѣвостороннія или общія.

Послѣ припадковъ наступалъ лѣвосторонній гемипарезъ. Лѣвосторонніе сухожильные и плантарный рефлексы повышены. Авторъ удалилъ кусокъ темянной кости величиною въ $\frac{1}{4}$ дюйма, послѣ чего припадки стали значительно рѣже. Подвижность лѣвой руки и ноги и психическое состояніе значительно улучшились.

П. П. Платовъ.

Dr. Abbe, Гемиплегическая эпилепсія (Hemiplegic epilepsy, Alienist and Neurol. 1891).

Въ лѣчебницу былъ принятъ 44-лѣтній мужчина, при изслѣдованіи состоянія здоровья котораго найдено слѣдующее: шумъ надъ верхушкой сердца, отсутствіе пателлярныхъ рефлексовъ, повышеніе плантарныхъ. Изъ лѣваго уха истеченіе гноя съ прободеніемъ барабанной перепонки. Черезъ нѣсколько часовъ послѣ принятія его наступили судороги правой половины тѣла. На слѣдующій день сталъ хромать и послѣ новаго припадка появились парезъ и гиперестезія правой ноги. Удѣльный вѣсъ мочи 1042, бѣлка не было; сахару $60/0$; это количество возрасло до $170/0$ въ слѣдующіе дни. Въ правой рукѣ и ногѣ ежедневно повторялись припадки анестезіи. Затѣмъ наступили судороги правой половины лица. По мнѣнію автора, припадки болѣзни обуславливались диабетической токсеміей,—раздраженіе же лѣвой половины мозга нагноеніемъ въ прог. mastoideus.

П. П. Платовъ.

Dr. Norbury, Epilepsy, Medical age. 1891.

Авторъ говоритъ, что многіе эпилептики склонны къ религіознымъ увлеченіямъ и экстазамъ, при чемъ нѣкоторые религіи своимъ существованіемъ обязаны именно эпилептикамъ, какъ напр. магометанство.

Д. И. Поляковъ.

Dr. Remondino, Интересный случай уреміи съ сома и маніей (An interesting case of uraemia combining coma and mania, The Journal of nervous and mental disease, 1891, 10).

Авторъ описываетъ случай уреміи, который сопровождался то коматознымъ состояніемъ, то маниакальнымъ состояніемъ. Интересно то, что въ тотъ моментъ, когда наступало коматозное состояніе—температура подымалась,—когда же наступало маниакальное состояніе—температура падала.

Д. И. Поляковъ.

Dr. Spratling, Moral insanity, The Medico-legale Journal 1890, 3).

Авторъ разбиваетъ нравственно помѣшанныхъ на два отдѣла: къ первому отдѣлу принадлежатъ личности, совершающія множество безнравственныхъ и противузаконныхъ поступковъ, не сознавая даже всей ихъ неправильности и порочности,—и ко второму отдѣлу относятся личности, сознающія безнравственность и порочность своихъ поступковъ, но немоущія удержаться отъ ихъ совершенія. И въ томъ и въ другомъ случаяхъ будутъ болѣзненные состоянія, которыя отличаются только лишь степенью пораженія нравственного начала.

Д. И. Поляковъ.

Dr. Riggs, Меланхолія въ отношеніи къ литеміи, Брайтовой болѣзни и глицозуріи (Melancholia in its relations to lithemia, Brights disease and glycosuria, The Journal of nervous and mental disease, 1891, 3).

Уже давно замѣчено было нѣкоторыми авторами, какъ Bartholow, Murchison, Haig и др., что при меланхоліи наблюдается умень-

шеніе мочевины и увеличеніе мочевой кислоты и других недо-кисленных бѣлковыхъ продуктовъ. При этомъ однако рождался тотъ вопросъ: служить ли это недостаточное окисленіе причиною болѣзни или слѣдствіемъ. Несомнѣнно то, что въ однихъ случаяхъ меланхолія является слѣдствіемъ недостаточнаго окисленія бѣлковыхъ веществъ въ организмѣ. на что указывалъ Lange и рекомендовалъ такимъ больнымъ по меньше мяса и по больше движенія. Такого же мнѣнія былъ и Broadbent, рекомендовавшій больнымъ меланхоликамъ по больше молока. Наig особенно стоитъ за порожденіе урическимъ діатезомъ меланхоліи, при чемъ этотъ діатезъ можетъ передаваться даже наследственно. Авторъ держится того мнѣнія, что при меланхоліи присутствіе увеличеннаго количества мочевой кислоты и другихъ продуктовъ обратнаго бѣлковаго метаморфоза въ большинствѣ случаевъ является не причиною меланхоліи, а послѣдствіемъ ея. Gray также того мнѣнія, что въ однихъ случаяхъ мочекислый діатезъ является причиною меланхоліи, но чаще ея слѣдствіемъ.—Что касается отношенія меланхоліи къ Брантовой болѣзни, то подобное совпаденіе бываетъ весьма рѣдко. Несравненно чаще при меланхоліи наблюдается гликозурия. Такой случай наблюдалъ Clouston. Интересенъ случай Savage, въ которомъ меланхолическій приступъ чередовался съ приступами гликозурии. Авторъ также наблюдалъ, что у одного и того же лица нерѣдко въ различную пору жизни бываетъ и меланхолія и гликозурия. Весьма возможно, что эти болѣзненные состоянія обуславливаются одною и тою же центральною причиною. Кромѣ того нерѣдко у однихъ членовъ семьи наблюдаютъ гликозурию, а у другихъ меланхолію; или въ одномъ поколѣніи гликозурию, а въ другомъ меланхолію.

К. Н. Ковалевская.

Dr Mann, Алкогольные галлюцинаціи (Alcoholic hallucination, The Journal of Inebriety, 1891, 3).

Алкоголизмъ очень богатъ галлюцинаціями. По общему мнѣнію, самыми частыми галлюцинаціями при алкоголизмѣ бываютъ зрительныя. по автору же слуховыя при этомъ бываютъ во всякомъ случаѣ не рѣже. Очень частымъ галлюцинаторнымъ образомъ при алкоголизмѣ бываетъ видъ змѣи. Такую галлюцинацію авторъ объясняетъ вѣковымъ страхомъ, существующимъ у людей и нѣкоторыхъ животныхъ передъ змѣей. Извѣстенъ фактъ, что обезьяна, родившаяся въ звѣринцѣ и никогда не видавшая змѣи и не боявшаяся остальныхъ животныхъ звѣринца пришла въ ужасъ при первомъ взглядѣ на змѣю. Обонятельныя и вкусовыя галлюцинаціи вообще рѣдки, какъ потому, что эти органы мало у человѣка работаютъ, такъ и потому, что обыкновенно эти галлюцинаціи бываютъ при сильномъ развитіи болѣзни. Иногда у алкоголиковъ бываетъ раздѣленіе личности.

А. И. Поляковъ.

Dr. Bradner, Лечение пьянства (The treatement of inebriety, The Journal of inebriety, 1891, 3).

Въ послѣднее время мало по малу устанавливается тотъ взглядъ, что пьянство есть болѣзнь; между тѣмъ пьяницъ сажаютъ въ сумашедшій домъ, тюрьму, рабочій домъ и проч., а вовсе не въ лечебницы для пьяницъ. Авторъ не безъ основанія посылаетъ упрекъ преподавателямъ нервныхъ болѣзней, что они слишкомъ

мало сообщаютъ свѣдѣній своимъ ученикамъ о сущности пьянства и его леченіи. Дѣло пойдеть гораздо лучше, когда этотъ пробѣлъ будетъ пополненъ.

Д. И. Поляковъ.

Dr. Kinney, Алкогольный трансъ (Alcoholic trance, The Journal of inebriety, 1891, 3).

Алкогольный трансъ представляетъ собою такое болѣзненное состояніе памяти и сознанія, когда человѣкъ совершаетъ цѣлесообразныя дѣянія, нисколько не помня впоследствии о томъ, что онъ совершилъ. Такое состояніе развивается у пьяницъ съ нейротическимъ предрасположеніемъ. Это состояніе тѣмъ болѣе ужасно, что въ немъ больной можетъ совершить самое страшное преступленіе надъ самыми близкими людьми, ничего не помнить и затѣмъ подвергнуться наказанію. Авторъ передаетъ такой случай: одинъ молодой человѣкъ, выпившій, убилъ старуху, которая его воспитала и холила, какъ родная мать. Всего солѣннаго онъ рѣшительно не помнилъ. Его судили. На судѣ онъ заявилъ: «если я дѣйствительно это сдѣлалъ, то я достоинъ повѣшенія». Его казнили.

Д. И. Поляковъ.

Dr. L. D. Mason, Этиологія алкогольнаго пьянства. (Etiology of alcoholic inebriety, The Journal of inebriety, 1891, 3).

Авторъ излагаетъ ученіе о причинахъ, вызывающихъ пьянство. Изложеніе чрезвычайно ясное и понятное, хотя новаго въ немъ нѣтъ ничего.

Д. И. Поляковъ.

Dr. Kerr, Наслѣдственность пьянства (The heredity of inebriety, The Journal of inebriety, 1891, 3).

Многіе полагаютъ, что пьянство проступокъ, грѣхъ, порочность и проч. Этотъ взглядъ скоро измѣнился бы, если бы общество глубже вникло въ сущность дѣла. Обращая вниманіе на наследственность, оказывается, что 50% получили свое пьянство по наследству. При этомъ въ огромномъ большинствѣ случаевъ пьяницы порождать пьяницъ; но бываютъ случаи, что пьяницы рождаются отъ душевно-больныхъ, нейротатовъ и проч. Съ другой стороны и пьяницы порождаютъ не однихъ только пьяницъ, но и другихъ болѣзней; такъ авторъ приводитъ случаи, что въ одномъ изъ американскихъ учрежденій на 300 идиотовъ было 145 дѣтей пьяницъ. Для людей, унаслѣдовавшихъ предрасположеніе къ пьянству бываетъ трудно не вовсе удержаться отъ употребленія алкоголя, а удержаться въ границахъ при его употребленіи; поэтому они или пьютъ много, или вовсе не пьютъ.

Д. И. Поляковъ.

Dr. Richardson, Алкогольное пьянство. (Alcoholic inebriety, The quarterly Journal of Inebriety, 1891, 2).

Авторъ дѣлитъ пьянство на 4 формы: 1, состояніе опьяненія, 2, острый алкоголизмъ, заключающій въ себѣ mania e potu и delirium tremens, — 3, хроническій алкоголизмъ и 4, — форма болѣзни, стоящая на границѣ между 2 и 3 формами. Состояніе опьяненія несомнѣнно обуславливается измѣненіемъ кѣловокъ центральной нервной системы, хотя доказать ихъ и не представляется возможности. Несомнѣнно, что при пьянствѣ, прежде чѣмъ наступятъ видимыя измѣненія, происходятъ молекулярныя измѣненія мозговыхъ кѣловокъ, выражающія собою нарушеніе питанія

этих элементов. Эти изменения происходят не только в момент опьянения, но сохраняются также долгое время и после того, в период воздержания. С клинической точки зрения первой поражается нравственная и этическая области, за тем мыслительная и, наконец, чувствительная и двигательная. Если после известного периода пьянства человек прекращает пить, у одних людей скоро наступает восстановление здорового состояния, — у других же или вовсе не наступает здоровое состояние, или же оно восстанавливается крайне медленно, что обуславливается патологическою наследственностью и плохими жизненными условиями. При продолжительном злоупотреблении алкогольными напитками, если к этому еще присоединится какой либо шок, может наступить картина острого алкоголизма; а при еще дальнейшем злоупотреблении и картина хронического алкоголизма. Острый алкоголизм отличается особенною склонностью к импульсивности и разрушению: в форме мании — всего окружающего, — а в форме меланхолии — себя самого. Даже в случаях хронического алкоголизма стремление к убийству и самоубийству обнаруживается чрезвычайно резко. Приступы острого алкоголизма, проявившись раз, склонны в дальнейшем обнаруживаться под влиянием самых ничтожных причин и через очень большой промежуток времени. Это явление указывает на то, что алкогольный диатез склонен держаться очень упорно и при том долгое время. Первый острый приступ проходит очень скоро, — последующие же тянутся очень долго и иногда дают картину острой деменции, или ступора; еще в иных случаях болезнь переходит в хронический алкоголизм. Таким образом является *alcoholismus acutus, subacutus* и *chronicus*. Признаки этих четырех форм одинаковы и разнятся только проявлением во времени. Первые и главные патологические явления алкоголизма встречаются прежде всего в сосудах *riae matris*, корки и другие. Сосуды являются расширенными, извилистыми, неравномерно растянутыми. Стенки сосудов утолщены и с явлениями атероматозного и жирового перерождения. Периваскулярные пространства наполнены лимфоидными элементами. Иногда в сосудах заметны аневризматические расширения. Из нервных клеток корки особенно резко жирно перерождаются пятый и первый слои, — остальные же гораздо слабее. Мало по малу жирно перерождающиеся клетки дают возможность развитию соединительной межтканной ткани и образованию склероза мозга.

К. Н. Ковалевская.

Dr. Day, Причины алкогольного пьянства (*Causation of alcoholic Juebriety*, *The Quarterly Journal of Inebriety*, 1891, 3).

В чем заключается причина пьянства? Во всяком случае не в алкогольных напитках, как об этом думают многие. Развитию пьянства способствуют подготовляющие моменты, как подобные подготовляющие моменты мы наблюдаем и в других жизненных обстоятельствах. Говорят, что на пьяницу развращающим образом действует кабак. Это совершенно неверно. В кабак идут уже пьяницы, когда омерзительная обстановка его не удерживает людей от посещения и когда жажда алкоголя стоит выше всего. Говорят наследственность порождает

мало сообщаютъ свѣдѣній своимъ ученикамъ о сущности пьянства и его леченіи. Дѣло пойдетъ гораздо лучше, когда этотъ пробѣлъ будетъ пополненъ.

Д. И. Поляковъ.

Dr. Kinney. Алкогольный трансъ (Alcoholic trance, The Journal of inebriety, 1891, 3).

Алкогольный трансъ представляетъ собою такое болѣзненное состояніе памяти и сознанія, когда человѣкъ совершаетъ цѣлесообразныя дѣянія, нисколько не помня вполнѣ о томъ, что онъ совершилъ. Такое состояніе развивается у пьяницъ съ нейротическимъ предрасположеніемъ. Это состояніе тѣмъ болѣе ужасно, что въ немъ больной можетъ совершить самое страшное преступленіе надъ самыми близкими людьми, ничего не помнить и затѣмъ подвергнуться наказанію. Авторъ передаетъ такой случай: одинъ молодой человѣкъ, выпившій, убилъ старуху, которая его воспитала и хранила, какъ родная мать. Всего содѣяннаго онъ рѣшительно не помнилъ. Его судили. На судѣ онъ заявилъ: «если я дѣйствительно это сдѣлалъ, то я достоинъ повѣшенія». Его казнили.

Д. И. Поляковъ.

Dr. L. D. Mason, Этиологія алкогольнаго пьянства. (Etiology of alcoholic inebriety, The Journal of inebriety, 1891, 3).

Авторъ излагаетъ ученіе о причинахъ, вызывающихъ пьянство. Изложеніе чрезвычайно ясное и понятное, хотя новаго въ немъ нѣтъ ничего.

Д. И. Поляковъ.

Dr. Kerr, Наслѣдственность пьянства (The heredity of inebriety, The Journal of inebriety, 1891, 3).

Многіе полагаютъ, что пьянство проступокъ, грѣхъ, порочность и проч. Этотъ взглядъ скоро измѣнился бы, если бы общество глубже вникло въ сущность дѣла. Обращая вниманіе на наследственность, оказывается, что 50% получили свое пьянство по наследству. При этомъ въ огромномъ большинствѣ случаевъ пьяницы порождать пьяницъ; но бываютъ случаи, что пьяницы рождаются отъ душевно-больныхъ, невропатовъ и проч. Съ другой стороны и пьяницы порождать не однихъ только пьяницъ, но и другія болѣзни; такъ авторъ приводитъ случаи, что въ одномъ изъ американскихъ учрежденій на 300 илліотовъ было 145 дѣтей пьяницъ. Для людей, унаслѣдовавшихъ предрасположеніе къ пьянству бываетъ трудно не вовсе удержаться отъ употребленія алкоголя, а удержаться въ границахъ при его употребленіи; поэтому они или пьютъ много, или вовсе не пьютъ.

Д. И. Поляковъ.

Dr. Richardson, Алкогольное пьянство. (Alcoholic inebriety, The quarterly Journal of Inebriety, 1891, 2).

Авторъ дѣлитъ пьянство на 4 формы: 1, состояніе опьяненія, 2, острый алкоголизмъ, заключающій въ себѣ mania e potu и delirium tremens, — 3, хроническій алкоголизмъ и 4, — форма болѣзни, стоящая на границѣ между 2 и 3 формами. Состояніе опьяненія несомнѣнно обуславливается измѣненіемъ кѣловокъ центральной нервной системы, хотя доказать ихъ и не представляется возможности. Несомнѣнно, что при пьянствѣ, прежде чѣмъ наступятъ видимыя измѣненія, происходятъ молекулярныя измѣненія мозговыхъ кѣловокъ, выражающія собою нарушеніе питанія

этихъ элементовъ. Эти измѣненія происходятъ не только въ моментъ опьяненія, но сохраняются также долгое время и послѣ того, въ періодъ воздержанія. Съ клинической точки зрѣнія первою поражаются нравственная и этическая области, за тѣмъ мыслительная и, наконецъ, чувствительная и двигательная. Если послѣ извѣстнаго періода пьянства человѣкъ прекращаетъ пить, у однихъ людей скоро наступаетъ возстановленіе здороваго состоянія,—у другихъ же или вовсе не наступаетъ здоровое состояніе, или же оно возстановляется крайне медленно, что обуславливается патологическою наследственностью и плохими жизненными условіями. При продолжительномъ злоупотребленіи алкогольными напитками, если къ этому еще присоединится какой либо шокъ, можетъ наступить картина остраго алкоголизма; а при еще дальнѣйшемъ злоупотребленіи и картина хроническаго алкоголизма. Острый алкоголизмъ отличается особенною склонностью къ импульсивности и разрушенію: въ формѣ мании — всего окружающаго,—а въ формѣ меланхолии — себя самого. Даже въ случаяхъ хроническаго алкоголизма стремленіе къ убійству и самоубійству обнаруживается чрезвычайно рѣзко. Приступы остраго алкоголизма, проявившись разъ, склонны въ дальнѣйшемъ обнаруживаться подъ вліяніемъ самыхъ ничтожныхъ причинъ и чрезъ очень большой промежутокъ времени. Это явленіе указываетъ на то, что алкогольный діатезъ склоненъ держаться очень упорно и при томъ долгое время. Первый острый приступъ проходитъ очень скоро,—послѣдующіе же тянутся очень долго и иногда даютъ картину острой деменціи, или ступора; еще въ иныхъ случаяхъ болѣзнь переходитъ въ хроническій алкоголизмъ. Такимъ образомъ является *alcoholismus acutus, subacutus и chronicus*. Признаки этихъ четырехъ формъ одинаковы и разнятся только проявленіемъ во времени. Первые и главныя патологическія явленія алкоголизма встрѣчаются прежде всего въ сосудахъ *riae matris*, корки и другіе. Сосуды являются расширенными, извилистыми, неравномерно растянутыми. Стѣнки сосудовъ утолщены и съ явленіями атероматознаго и жироваго перерожденія. Периваскулярныя пространства наполнены лимфоидными элементами. Иногда въ сосудахъ замѣтны аневризматическія расширения. Изъ нервныхъ кѣтокъ корки особенно рѣзко жирно перерождаются пятый и первый слои,—остальныя же гораздо слабѣе. Мало по малу жирно перерождающіяся кѣтки даютъ возможность развитію соединительной межтканной ткани и образованію склероза мозга.

К. Н. Ковалевская.

Dr. Day, Причины алкогольнаго пьянства (*Causation of alcoholic Intebriety*, *The Quarterly Journal of Inebriety*, 1891, 3).

Въ чемъ заключается причина пьянства? Во всякомъ случаѣ не въ алкогольныхъ напиткахъ, какъ объ этомъ думаютъ многіе. Развитію пьянства способствуютъ подготовляющіе моменты, какъ подобныя подготовляющіе моменты мы наблюдаемъ и въ другихъ жизненныхъ обстоятельствахъ. Говорятъ, что на пьяницъ развращающимъ образомъ дѣйствуетъ кабакъ. Это совершенно невѣрно. Въ кабаки идутъ уже пьяницы, когда омерзительная обстановка его не удерживаетъ людей отъ посѣщенія и когда жажда алкоголя стоитъ выше всего. Говорятъ наследственность порожд-

дасть пьяницъ. Это правда. Пьянство дѣла и отца очень часто передается дѣтямъ. Но въ несравненно большемъ количествѣ случаевъ пьянство порождается въ домашней обстановкѣ. Есть семейства, которыя обычно за столомъ пьютъ вино; между членами такихъ семействъ обыкновенно бываетъ одинъ пьяница. Мало по малу у такихъ людей является привычка пить. По мимо дома они пьютъ въ обществѣ, клубахъ, на вечерахъ и проч. «Всѣ пьютъ, отчего же и мнѣ не пить»,—конецъ такихъ разсужденій—кабакъ. Если привычка къ употребленію алкоголя въ человѣкѣ укореняется, то пьяницею его можетъ слѣдовать всякій случайный толчекъ: потеря имущества, несчастная любовь, усиленный умственный и физическій трудъ, нравственные потрясенія, тѣлесная слабость, хроническія болѣзни, травма головы и проч. Совершенно несправедливое мнѣніе существуетъ въ обществѣ объ укрѣпляющемъ свойствѣ вина,—опасность этой ошибки грозна для матерей, укрѣпляющихъ виномъ своихъ слабыхъ дѣтей,—и врачей, укрѣпляющихъ вполнѣ выздоравливающихъ больныхъ, не узнавъ почвы, на которую попадаетъ вино. *К. Н. Ковалевская.*

Dr. Blaine, Пьянство съ медицинской точки зрѣнія, (*Inebriety medically, The Quarterly Journal of Inebriety, 1891, 2*).

Авторъ говоритъ, что алкоголь есть ядъ, по своему перерождающему дѣйствию на ткани, имѣющій себѣ подобный только въ лютеическомъ ядѣ. Онъ дѣйствуетъ измѣняяще на всѣ ткани, но преимущественно на центральную нервную систему. Здѣсь его дѣйствіе проявляется прежде всего на сосудахъ, а затѣмъ на нервныхъ элементахъ и межуточной ткани. Въ душевной жизни прежде всего происходитъ пониженіе и угнетеніе нравственныхъ началъ. Въ человѣкѣ является раздѣленіе: сознаніе вреда и порочности пьянства и необыкновенное влеченіе къ повторенію состоянія опьяненія. Такое раздвоеніе происходитъ отъ уничтоженія нервныхъ элементовъ и разрушенія гармоническаго соединенія всѣхъ частей центральной нервной системы между собою.

К. Н. Ковалевская.

Dr. Searcy, Философія и этиологія пьянства (*The psylosophy and ethiology of inebriety, The Quart. Journal of inebriety, 1891, 2*).

Авторъ говоритъ, что высота человѣческаго совершенства заключается въ наилучшемъ гармоническомъ развитіи умственныхъ и нравственныхъ началъ. Недостатокъ ихъ развитія или дисгармонія между ними понижаютъ уровень какъ отдельныхъ личностей, такъ и цѣлыхъ расъ. Нужно, чтобы человѣкъ не только думалъ умно, но и поступалъ тому соответствующе. Такое совершенство получается насильственно и путемъ воспитанія. Но даже полная гармонія этихъ началъ можетъ погибнуть въ человѣкѣ подъ вліяніемъ двухъ условий: бездѣятельности или неупражнения и пьянства. Подъ вліяніемъ опьяненія притупляется чувствительность, забывается горе и неудачи, человѣкъ чувствуетъ себя пріятно, а потому и стремится пить; но повтореніемъ этого опьяненія онъ губитъ умъ и нравственность. Разрушеніе этихъ началъ стоитъ въ прямой зависимости отъ совершенствъ человѣка.

А. И. Поляковъ.

С М Ъ С Ъ.

• Въ английской газетѣ „Galignani Messenger“ напечатана довольно большая статья о призракахъ, въ которой содержится много любопытныхъ данныхъ. Авторъ статьи рассказываетъ, что германскій и австрійскій дворы имѣютъ своего предвѣстника, появленіе котораго, обыкновенно, связано съ какимъ-нибудь несчастіемъ для одного изъ принцевъ королевскаго дома. Словно тѣнь шекспировскаго Банко, призракъ является во дворецъ, въ двѣнадцать часовъ ночи, и вслѣдъ за его появленіемъ, во дворцѣ наступаетъ чья-нибудь смерть. Такъ, незадолго до кончины Фридриха III, въ берлинскомъ дворцѣ видѣли женщину, одѣтую въ бѣлое платье и разгуливавшую возлѣ умиравшаго императора; тоже явленіе имѣло мѣсто въ Гофбургскомъ дворцѣ, въ Вѣнѣ, за нѣсколько дней до печальной кончины кронпринца Рудольфа. Въ мюнхенскомъ дворцѣ многіе замѣчали призракъ любовницы баварскаго курфюрста Карла Теодора, сынъ которой былъ задушенъ курфюрстомъ; здѣсь этотъ призракъ извѣстенъ подъ названіемъ „Nymphenburg-Frau“. Въ гессенскомъ и баварскомъ дворахъ существуетъ преданіе, о такъ называемой, „черной дармштадской женщинѣ“, напоминающей своимъ лицомъ принцессу Маріанну, супругу герцога Фердинанда-Маріа. Каждый разъ, какъ распространяется слухъ о ея появленіи, всѣмъ населеніемъ двора овладѣваетъ сильная ажитация и дворцовой охранѣ отдается приказъ объ усиленномъ наблюденіи за всѣми входящими во дворецъ. Однажды, когда во дворцѣ прошелъ слухъ о томъ, что въ часовнѣ замѣтили „черную женщину“, одинъ изъ молодыхъ офицеровъ предложилъ великому герцогу Людовику I лично стоять на стражѣ и убѣдиться въ справедливости распространившагося слуха. Людовикъ I согласился на это; было рѣшено, что, въ случаѣ надобности, офицеръ будетъ стрѣлять. Около двѣнадцати часовъ Людовикъ I и вся свита отправились въ помѣщеніе, находящееся возлѣ часовни, и зорко прислушивались къ малѣйшему шороху. Въ двѣнадцать часовъ ночи раздался рѣзкій голосъ: „стой“, а вслѣдъ затѣмъ послышался выстрѣлъ. Великій герцогъ и вся свита поспѣшили въ часовню. Каково же было ихъ удивленіе, когда они увидѣли трупъ офицера? Послѣ тщательныхъ изслѣдованій, на тѣлѣ покойнаго не оказалось ни какой раны. Весьма странно то обстоятельство, что черезъ три дня послѣ этого происшествія скоропостижно скончался и самъ Людовикъ I. Еще болѣе удивительны событія, предшествовавшія смерти королевы баварской Терезы (въ 1850 г.). Король Людовикъ и королева Тереза проводили дѣто въ замкѣ Ашаффенбергъ, куда пріѣхалъ и зять ихъ, великій герцогъ гессенъ-дармштатскій Людовикъ III. Однажды вечеромъ вся королевская чета пила чай; вдругъ возлѣ стула, гдѣ сидѣла королева Тереза, появилась женщина, вся въ черномъ, и пристально посмотрѣла на все общество. Великій герцогъ дарм-

штатскій, первый увидѣвшій незнакомую особу, быстро поднялся съ мѣста и направился въ переднюю, чтобы разспросить стражу о посѣтителницѣ. Но офицеры завѣрили герцога, что не видали никакой женщины. Послѣ этого герцогъ въ сильномъ волненіи возвратился къ королевской четѣ, что было замѣчено всѣми, и ему пришлось рассказать о случившемся. По окончаніи разсказа герцога, королева Тереза воскликнула: „Эта женщина пришла для меня“. Возвратившись въ Мюнхенъ, королева вскорѣ умерла отъ холеры.

* Въ Кіевской Кирилловской больницѣ 22 сентября 1891 г. совершено убійство. Содержащійся при отдѣленіи для душевно-больныхъ буйно-помѣшанный Тиханскій убилъ буйно-помѣшаннаго кр. Звенигородскаго у. Гончарова, 53 лѣтъ, поступившаго въ больницу 21 августа текущаго года. Наканунѣ, вечеромъ между больными произошла крупная драка, но больныхъ вскорѣ разняли, и они, по-видимому, совершенно успокоившись, улеглись спать. На другой день, утромъ оба больные вышли въ садъ, откуда Гончаровъ вскорѣ возвратился и улегся въ постель. Когда, спустя нѣкоторое время, къ Гончарову подошелъ дежурный ординаторъ, больной оказался мертвымъ. При осмотрѣ тѣла Гончарова на головѣ у него найдено нѣсколько ранъ, и обнаруженъ переломъ всѣхъ реберъ въ правомъ боку. Очевидно, больной умеръ отъ тяжкихъ побоевъ, нанесенныхъ ему Тиханскимъ. Убійца Тиханскій— бывший студентъ медицинскаго факультета университета св. Владиміра. Въ больницѣ для душевно-больныхъ онъ содержится уже въ теченіи пяти лѣтъ, и нѣтъ никакой надежды на его выздоровленіе. Онъ совершенно не переноситъ противорѣчій. Если кто входитъ къ нему въ комнату, онъ ведетъ себя сдержанно, но только до тѣхъ поръ, пока ему не было сдѣлано какое либо возраженіе. Послѣ услышаннаго противорѣчія Тиханскій начинаетъ буйствовать и стремительно набрасывается на собесѣдника. Къ совершенному преступленію Тиханскій относится вполне пассивно. (Кіевлянинъ, 1891, № 208).

Galezowski, О серьезности сифилитических поражений зрительных центровъ, 120.—*Dr. Murray*, Микседема, 120.—*Dr. Kurella*, Душевное разстройство при Базедовой болѣзни, 121.—*Prof. Obersteiner*, Руководство при изученіи строенія центральной нервной системы, 122.—*Dr. Ayers*, Разстройства пищегаженія какъ причина душевнаго заболѣванія, 122.—*Prof. Möbius*, Akinesia algera, 123.—*Prof. Erb*, Dystrophia muscularis progressiva 124.—*Dr. Hoffmann*, Случай бульбарнаго паралича, 127.—*Dr. Frankl-Hochwart*, Потеря музыкальной выразительности, 128.—*Dr. Longard*, Сухожильные рефлексъ у лихорадящихъ, 128.—*Dr. Van Deventer*, Внушеніе въ судебномедицинскомъ отношеніи, 129.—*Dr. Landmann*, Случай эпилепсїи, 130.—*Dr. Lange*, Аномальныя формы мигрени, 121.—*Dr. Jolli*, О наследственной хоревѣ, 131.—*Dr. Herff*, Къ теоріи эклампсїи, 132.—*Dr. Stembo*, Gilles de la Tourette'овская болѣзнь, 132.—*Prof. Mendel*, О церебральномъ кровоизліяніи, 133.—*Prof. Binswanger*, Къ патологической анатоміи прогрессивнаго паралича, 133.—*Dr. Oppenheim*, О токсическихъ заболѣваніяхъ нервной системы, 134.—*Prof. Ziehen*, Разстройства хола представленіи при параноѣ, 135.—*Prof. Olshausen*, Послѣродовые психозы, 135.—*Prof. Binswanger*, Мозговой сифилисъ и dementia paralytica, 137.—*Prof. Unverricht*, О тоническихъ и клоническихъ судорогахъ, 136.—*Dr. Ziemssen*, Tabes и сифилисъ, 136.—*Dr. Brasch*, Сифилисъ центральной нервной системы, 139.—*Dr. Schulz*, Сифилисъ центральной нервной системы, 140.—*Dr. Anton*, Врожденное заболѣваніе центральной нервной системы, 140.—*Dr. Savage*, Вліяніе обстановки на возникновеніе душевныхъ заболѣваній, 141.—*Dr. Snow*, Ракъ и душевныя заболѣванія, 142.—*Prof. Wolff*, Сознаніе съ медицинской точки зрѣнія, 142.—*Dr. Fry*, Хорея у стариковъ, 142.—*Dr. Berkley*, Хорея и поврежденіе умственныхъ способностей, 143.—*Dr. Christian*, Современная фیزیологическая теорія эпилепсїи, 143.—*Dr. Lane*, Эпилепсія отъ перелома темянной кости, 143.—*Dr. Abbe*, Гемиплегическая эпилепсія, 144.—*Dr. Norbury*, Эпилепсія, 144.—*Dr. Remondino*, Уремія съ соматическими и манией, 144.—*Spratling*, Moral insanity, 144.—*Dr. Riggs*, Меланхолія и литемія, 144.—*Dr. Mann*, Алкогольныя галлюцинаціи, 145.—*Dr. Bradner*, Лечение пьянства, 145.—*Dr. Kinney*, Алкогольный трансъ, 146.—*Dr. Mason*, Этиологія алкогольнаго пьянства, 146.—*Dr. Kerr*, Наслѣдственность пьянства, 146.—*Dr. Richardson*, Алкогольное пьянство, 146.—*Dr. Day*, Причины алкогольнаго пьянства, 147.—*Dr. Blaine*, Пьянство съ медицинской точки зрѣнія, 148.—*Dr. Searcy*, Философія и этиологія пьянства, 148.—Смѣсь, 149.

ТОЛЬКО ЧТО ВЫШЛА И ПРОДАЕТСЯ КНИГА:

Проф. П. И. Ковалевскій.

„ПСИХІАТРИЧЕСКІЕ ЭСКИЗЫ“.

Людвигъ II, король баварскій.—Навуходоносоръ, царь Вавилонскій.—Саулъ, царь Израилевъ.—Камбизъ, царь Персидскій. 1892.

Цѣна 1 рубль.

Врученныя деньги идутъ въ пользу пострадавшихъ отъ неурожаа въ 1891 году.

Въ редакціи „Архивъ психіатріи, неврологіи и судебной психопатологіи“.

Ново-Чернышевская № 1.

МОЖНО ИМѢТЬ СЛѢДУЮЩІЯ КНИГИ:

Проф. П. И. Ковалевскій, *Компендіумъ нервныхъ и душевныхъ болѣзней*, 1891 г. Ц. 1 р. 25 к.

Сифилисъ моза и его леченіе, 1891 Ц. 1 р.

Леченіе душевныхъ и нервныхъ болѣзней. Изд. 2-е. 1889. Ц. 2 р.

Эпилепсія, 1889. Ц. 1 р.

Хорея и хореическое сумашествіе, 1890. Ц. 50 к.

Пьянство, его причины и леченіе. Изд. 2, 1889. Ц. 50 к.

Основы механизма душевной дѣят. Изд. 2-е исправл. и дополн. Ц. 1 р.

Положеніе душевно-больныхъ въ Россійской Имперіи. Ц. 50 к.

Психіатрія, 2 т. 1 т.—общая психопатологія, 2-й т.—спеціальная психіатрія. Изд. 4-е. Ц. 4 р. 1891.

Судебно-психіатрическіе анализы (для медиковъ и юристовъ) 2-й т., изд. 2-е. Ц. 4. р. 50 к.

Первичное помышлательство (для медиковъ и юристовъ). Ц. 1 р. 50 к.

Prof Meunert, *Клиническія лекціи по психіатріи*, пер. К. Н. Ковалевской, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1890. Ц. 1 р. 50 к.

Dr. Mogel, *Электротерапія при душевныхъ болѣзняхъ*, перев. А. Н. Герстфельдъ. 1889. Ц. 40 к.

Prof. Binswanger, *Сумашествіе и преступленіе*. Перев. А. Н. Герстфельдъ и О. Н. Герстфельдъ, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго, 1889. Ц. 30 к.

Кегг, *Пьянство, его причины, леченіе и судебно-медицинское значеніе*. Пер. К. Н. Ковалевской и М. Е. Ліона, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго, 1889 г. Ц. 2 р.

Dr. Löwenfeld. *Современныя способы леченія истеріи и нейрастеніи*. Перев. Н. И. Мухина подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. 1889 г. Ц. 1 р.

Richet, *Истерио-эпилепсія*. Перев. подъ редакц. проф. Ковалевскаго, съ 180 рис. Ц. 5 р.

Выписывающіе всѣ эти книги изъ редакціи „Архива психіатріи“ за пересылку ничего не платятъ.

Студенты кромѣ того пользуются уступкою отъ 20 до 50 %.

Dr Cullere, *Границы сумашествія (Les frontières de la folie)*. Перев. К. Н. Ковалевской и Е. Н. Герстфельдъ, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго 1889. Ц. 1 р. 50 к.

Dr Cullere, *Гигіена нервныхъ людей и нейропатологія*. Пер. К. Н. Ковалевской, подъ ред. проф. Ковалевскаго. 1888 г. Ц. 1 р. 50 к.

Ветак, *Электродіагностика и электротерапія*. Переводъ К. Н. Ковалевской, подъ редакц. П. И. Ковалевскаго. 1888 г. Ц. 1 р.

Scholz, *Диететика духа*. Пер. К. Н. Ковалевской и Е. Н. Герстфельдъ, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. 1888 г. Ц. 1 р. 50 к.

Byrom Bramwell, *Болѣзнь спящего моза*. Пер. М. А. Шульгина, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 5 р.

Meunert, *Психіатрія*. Переводъ М. Е. Ліона, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго Ц. 3 р.

Prof. Gowers, *Болѣзнь головного моза* пер. А. А. Говсѣва, подъ редакціей проф. Ковалевскаго. Ц. 1 р. 50 к.

Prof. Charcot, *Лекціи по нервнымъ болѣзнямъ*. Перев. подъ редакціей проф. Ковалевскаго. Ц. 1. р.

Hammond, *Половое безсиліе у мужчинъ*. Пер. А. А. Говсѣва, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. Изд. 2-е, дополненное стат. Prof. Uitzmann'a: объ онанизмѣ, безплодіи, поллюціяхъ и др. Ц. 2 р.

Thudichum, *Физиологическая химія головного моза*. Переводъ М. Е. Ліона. Ц. 2 р.

Robert von Pfungen, *О разстройствѣхъ ассоціацій*. Перев. М. Е. Ліона. Ц. 1 р.

Dr Pferson, *Компендіумъ нервныхъ болѣзней*. Переводъ Н. И. Мухина подъ редакціей П. И. Ковалевскаго. Въ изящномъ переплетѣ. 1889 г. Ц. 1 руб. 50 коп.

годъ десятый.

1892.

томъ XIX—№ 2.

АРХИВЪ

ПСИХІАТРІИ, НЕЙРОЛОГІИ

И

СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГІИ

издаваемый подъ редакціей П. И. Ковалевскаго.

проф. психіатріи и нервныхъ болѣзней при Харьк. университетѣ.

CLARK UNIVERSITY,

1892

WORCESTER, MASS.

Въ журналѣ принимаютъ участіе:

В. М. Автократовъ (Кіевъ), Э. И. Андрузскій (Одесса), Д. Д. Ахшарумовъ (Рига), Н. Н. Баменовъ (Москва), проф. В. М. Бехтеревъ (Казань), В. А. Брянецъ (Иркутскъ), С. А. Бѣляковъ (Петербургъ), Я. А. Боткинъ (Казань), М. С. Буба (Смоленскъ), Н. А. Бухаловъ (Казань), Н. М. Васильевъ (Новочеркасскъ), В. Н. Васятинъ (Казань), П. А. Викторовскій (Варшава), Я. В. Гиршонъ (Курскъ), З. В. Гутниковъ (Москва), А. А. Гоастевъ (Екатеринославъ), В. О. Галенко (Умань), А. М. Головина (Болгарія), А. Р. Грунау (Екатеринославъ), В. К. Дидрихсонъ (Харьковъ), А. П. Драгомановъ (Петербургъ), Д. А. Дриль (Москва), М. В. Игнатьевъ (Могилевъ), Н. Н. Ковалевская (Харьковъ), С. С. Корсаковъ (Москва), Е. И. Компанѣйская-Коваленская (Петербургъ), М. О. Колесниковъ (Кіевъ), Н. П. Каменевъ (Тула), Д. В. Нульярскій (Могилевъ), П. Н. Лашенко (Харьковъ), Мальшицъ (Москва), Н. А. Миславскій (Казань), Н. И. Мухинъ (Харьковъ), Д. І. Орбели, (Тифлисъ), И. Я. Платоновъ (Харьковъ), П. П. Платовъ (Харьковъ), проф. Н. М. Поповъ (Варшава), М. Н. Поповъ (Харьковъ), Д. И. Поляковъ (Харьковъ), Г. И. Раевскій (Симферополь), М. И. Рудовъ (Новочеркасскъ), В. Сербскій (Москва), М. Б. Слуцкій (Кишиневъ), С. Н. Совѣтовъ (Владиміръ), В. В. Соколовъ (Казань), Н. П. Сулима (Ямполь), А. Тельнихинъ (Саратовъ), А. В. Тимошеевъ (Петербургъ), В. А. Тихомировъ (Харьковъ), А. А. Тонарскій (Москва), А. Толоконниковъ (Ярославль), П. А. Троицкій (Варшава), В. Д. Троновъ (Нижній-Новгородъ), Я. Я. Трутовскій (Харьковъ), М. И. Федоровъ (Одесса), Проф. В. Ф. Чижъ (Дерптъ), І. Б. Шергандъ (Орелъ), С. И. Штейнбергъ (Саратовъ), А. А. Яковлевъ (Новгородъ) и друг.

Подписная цѣна 6 р., экземпляры 1885, 86, 87, 88, 89, 90 и 91 гг. по 4 р.,—1884—10 р.; подписка принимается въ Харьковѣ, Ново-Чернышевская ул., № 1.

Харьковъ, Типографія И. М. Варшавчика. Николаевская ул. № 1.

ОГЛАВЛЕНІЕ.

	Стр.
Д-ръ П. Н. Лашенко , Къ ученію о періодической меланхолии	1
Д-ръ В. А. Тихомировъ , Клиническіе матеріалы по сифилису мозга	19
Д-ръ Н. И. Мухинъ Къ ученію о гистологическомъ строеніи продолговатаго мозга	55
Д-ръ Я. Я. Трутовскій , Эпилепсія, появляющаяся подъ вліяніемъ звуковыхъ раздраженій	77
Prof. Fournier , Изслѣдованіе о мнимомъ табетогенномъ вліяніи меркуріальнаго леченія Переводъ М. Н. Попова .	89
Проф. П. И. Ковалевскій , Эпилепсія	99
Библиографія: <i>Д-ръ П. Милляничъ</i> , Душевно-больные, глухонѣмые, эпилептики и слѣпые въ Черногоріи, 114.— <i>Д-ръ Энговъ</i> , О патологоанатомическихъ измѣненіяхъ въ периферическихъ нервахъ, 115.— <i>Д-ръ В. П. Тишковъ</i> , Отематома и прогрессивный параличъ помѣшанныхъ, 116.— <i>Д-ръ П. Викторовъ</i> , Броунъ—Секаровскій способъ подкожныхъ впрыскиваній, 118.— <i>Д-ръ Постовскій</i> , Объ одномъ изъ физическихъ признаковъ слуховыхъ галлюцинацій, 118.— <i>Д-ръ Л. И. Иковъ</i> , Случай diabetes melytus при сифилисѣ мозга, 119.— <i>Д-ръ М. Богдановъ</i> , Случай сифилиса мозга, 119.— <i>Д-ръ Валъкъ</i> , Случай сифилиса мозга, 119.— <i>Д-ръ Годзяцкій</i> , О преступленіяхъ у солдатъ, 120.— <i>Dr Sergi</i> , Женская чувствительность, 121.— <i>Dr Zuccarelli</i> , Психическое принужденіе, 121.— <i>Dr Colella</i> , Измѣненія периферическихъ нервовъ при общемъ параличѣ, 121.— <i>Dr Christiani</i> , Ацетонурія, гликозурия и альбуминурія при діарреѣ отъ перерожденія солнечнаго сплетенія, 122.— <i>Dr Francesco</i> , Измѣненія пульса головного мозга подъ вліяніемъ сульфонала, 123.— <i>Dr Gonzales e Verga</i> , Температура у сумашедшихъ, 123.— <i>Dr Vicioli</i> , Чрезмѣрное повышеніе и пониженіе температуры у истеричныхъ, 123.— <i>Dr Marro</i> , Potassium cantharidatum при прогрессивномъ параличѣ, 124.— <i>Dr Brugia</i> , Яловитость мочи сумашедшихъ, 125.— <i>Dr Carini</i> , О причинахъ кожныхъ раненій, которыя себѣ наносятъ душевно-больные, 125.— <i>Prof. Ladame</i> , Потомство пьяницъ, 125.— <i>Dr Magnan</i> , Дипсоманія, 126.— <i>Prof. Merait</i> , Леченіе эпилепсіи борнокислымъ натромъ, 127.— <i>Dr Lewin</i> , Syphilis cereбрalis, 127.— <i>Dr Bonnet</i> , Сифилисъ и общій параличъ, 128.— <i>Dr Charbonneau</i> , Сифилисъ и общій параличъ, 128.— <i>Dr Gelle</i> , Ушныя разстройства при психозахъ, 128.— <i>Dr. Blocq и Onanoff</i> , Семіологія головокруженія, 129.— <i>Dr P. Richet</i> , Судорожный діатезъ, 131.— <i>Prof. Debove</i> , О наследственной дрожжи, 132.— <i>Dr Auché</i> , Истерическая ариммическая хорей, 132.— <i>Dr Guinon</i> , Къ исторіи сомнамбулизма, 133.— <i>Dr Sollier</i> , Истерическая анорексія, 134.— <i>Dr Sollier</i> , Базедова болѣзнь и микседема, 134.—	

Къ ученію о періодической меланхоліи.

П. Н. Лашенко.

(Изъ клиники проф. П. И. Ковалевскаго).

При настоящемъ ученіи о свѣтлыхъ промежуткахъ, наступающихъ при психозахъ, никто не назоветъ человѣка вполне здоровымъ, когда онъ переживаетъ свѣтлый промежутокъ своей болѣзни. Для психозовъ особенно характерно то, что эти свѣтлые промежутки до крайности плѣнительны и обманчивы; они могутъ наступать внезапно, но, какъ миражъ, они готовы исчезнуть черезъ тотъ или другой промежутокъ времени, при чемъ этотъ послѣдній колеблется въ самыхъ широкихъ границахъ, да и самый просвѣтъ въ различной степени приближаетъ къ нормѣ вернувшійся прежній строй душевной жизни больного. Чѣмъ быстрее и эффектнѣе наступаетъ этотъ *Intervallum lucidum*, тѣмъ онъ менѣе долговѣченъ. Свѣтлый промежутокъ можетъ наступить при каждой формѣ психоза, представляя собою иногда лишь характеръ простого ослабленія. Даже такая тяжелая болѣзнь, какъ прогрессивный параличъ, и та можетъ дать свѣтлые просвѣты, могущіе ввести въ горькое заблужденіе неопытнаго наблюдателя. Такъ, въ одномъ случаѣ, описанномъ д-ромъ Андрузскимъ¹⁾, упаралитика наступилъ продолжительный свѣтлый промежутокъ, когда всѣ симптомы болѣзни исчезли, а письмо, бывшее до того ясно паралитичнымъ, преобразилось въ образецъ грамотности и даже каллиграфіи. Обрадованные родные взяли больного домой, но болѣзнь вернулась вновь.

Въ настоящее время вполне установленъ фактъ, что состояніе свѣтлаго промежутка при психозахъ не есть выздоровленіе, а слабо выраженное состояніе болѣзни, латентный ея періодъ. Приведемъ соотвѣтствующія мнѣнія нѣкоторыхъ психіатровъ.

¹⁾ Э. И. Андрузскій, О свѣтлыхъ промежуткахъ при общемъ прогр. параличѣ, Архивъ Психіатріи. 33 г., т. I, № 1, стр. 68.

Д-ръ Штейнбергъ ¹⁾ подъ свѣтлымъ промежуткомъ понимаетъ ослабленіе силы психопатическихъ припадковъ, или періодъ времени, раздѣляющій другъ отъ друга два ясно выраженныхъ припадка болѣзни. Hammond ²⁾, считая свѣтлый промежутокъ за ремиссію, говоритъ, что это есть такое-же выздоровленіе, какъ состояніе больного между двумя пароксизмами ежедневной лихорадки. Krafft-Ebing ³⁾ говоритъ, что *intervallum lucidum* никогда не бываетъ вполнѣ чистымъ. Dr. Regis ⁴⁾ въ своей статьѣ о свѣтлыхъ промежуткахъ въ связи съ гражданской правоспособностью говоритъ, что свѣтлый промежутокъ есть временный, переходящій и болѣе или менѣе полный возвратъ нормальнаго умственнаго состоянія душевно-больного. Онъ различаетъ три рода промежутковъ: ремиссію, полное уничтоженіе, но лишь на моментъ, симптомовъ болѣзни и, наконецъ, перерывъ или перемѣжку — полное возвращеніе къ нормѣ — продолжительностью отъ нѣсколькихъ дней до нѣсколькихъ лѣтъ (при *mania intermittens, folie a double forme*). Въ этомъ послѣднемъ періодѣ, по мнѣнію автора, больному можно возвратить потерянную раньше въ болѣзни правоспособность.

Признаемся, для насъ странно звучать слова почтеннаго автора: полное возвращеніе къ нормѣ, — съ чѣмъ несогласны выдающіеся психіатры нашего времени, которые при циркулирующихъ и періодическихъ психозахъ не считаютъ свѣтлые промежутки за состояніе нормы. Съ другой стороны Regis правъ, такъ какъ было бы по меньшей мѣрѣ несправедливо лишать человѣка правоспособности, когда его свѣтлый просвѣтъ тянется нѣсколько лѣтъ, тѣмъ болѣе, что понятіе о нормѣ душевной жизни не есть строго опредѣленная единица.

Особенно рельефно и ярко выступаютъ свѣтлые промежутки при циркулирующихъ и періодическихъ психозахъ. Существованіе послѣднихъ въ видѣ самостоятельной формы болѣзни единственно и обуславливается этими промежутками и характернымъ тономъ клиническаго теченія болѣзни. Самое ученіе о періодическихъ психозахъ имѣетъ свое начало со временъ Иппократа, которому приходилось наблюдать случаи

¹⁾ Штейнбергъ, Московская мед. газета, 1875 г. № 29 и др.

²⁾ Hammond, Къ вопросу о свѣт. пром., Реф. Арх. Псих. 83, т. 2, № 1.

³⁾ Krafft-Ebing, Психіатрія, т. I, стр. 235.

⁴⁾ Dr Regis, Свѣтлые промежутки въ связи съ гражданской правоспособностью. Рефератъ Арх. Псих., т. X, № 1—2.

періодической маніи, и долго послѣ него всѣ случаи періодическихъ психозовъ трактовались въ смыслѣ періодической маніи. Такъ думали даже Pinel и Esquirol. Благодаря работамъ главнымъ образомъ Baillarger'a, Falret и др. отъ періодическихъ психозовъ были выдѣлены циркулирующія формы душевныхъ заболѣваній—*folie a double forme* французскихъ авторовъ. Преслѣдуя намѣченную цѣль, мы будемъ говорить лишь о періодическихъ психозахъ.

Приведемъ мнѣнія авторовъ, давшихъ понятіе объ ихъ сущности. Проф. П. И. Ковалевскій ¹⁾ говоритъ, что періодическіе психозы являются у лицъ съ наследственнымъ предрасположеніемъ, — что они являются въ жизни повторно съ свѣтлыми промежутками, въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ теченіе всей жизни и рѣдко переходятъ въ слабоуміе. По мнѣнію того-же автора продолжительность свѣтлыхъ промежутковъ съ каждымъ приступомъ уменьшается. Проф. П. И. Ковалевскій говоритъ далѣе, что ему приходилось наблюдать случаи періодическихъ психозовъ, которые въ своихъ приступахъ состояли какъ бы еще изъ ряда перемежекъ болѣзненныхъ приступовъ съ болѣе или менѣе хорошимъ состояніемъ. Съ другой стороны онъ ²⁾ наблюдалъ ежедневные приступы психоза съ буйствомъ и бредомъ при существованіи 12-ти часового свѣтлаго промежутка. По мнѣнію Шюле ³⁾, періодическое сумашествіе—это есть маниакальныя или меланхолическія состоянія, изъ періодическихъ повтореній которыхъ складывается, какъ изъ отдѣльныхъ актовъ, ходъ каждой частной драмы. Свѣтлые промежутки, по Шюле, не представляютъ никакой правильности. Krafft-Ebing ⁴⁾, характеризуя періодическое помѣшательство, говоритъ, что при немъ начало болѣзни очень быстро, усиленіе припадковъ до ихъ аспе идетъ необычайно скоро, ремиссіи на высотѣ болѣзни выражены слабо, разрѣшеніе приступа совершается также внезапно. Предвѣстниковъ приближающагося приступа можетъ и не быть. Въ другомъ мѣстѣ (стр. 148) онъ говоритъ, что картина болѣзни большею частію ограничивается аномаліями чувствъ и формальными разстройствами процесса представлять, результатомъ которыхъ являются болѣзненные поступки. Идея, бредъ и обманъ чувствъ выражены слабо, періодъ предвѣстниковъ коротокъ, пароксизмъ развивается

¹⁾ Проф. П. И. Ковалевскій. Психіатрія т. II, стр. 79. Изд. 4.

²⁾ Kowalewsky, Psychiatrisches Centralblatt von Meynert, 1878.

³⁾ Шюле, Психіатрія, 80 г., т. I, стр. 371—372.

⁴⁾ Krafft-Ebing, Психіатрія т. I, стр. 235.

быстро и быстро утихаетъ. Prof. Kirn ¹⁾ подъ именемъ періодическихъ психозовъ разумѣетъ такіе, которые имѣютъ въ основѣ продолжительное, патологическое состояніе и являются на сцену съ характерными болѣзненными явленіями въ извѣстные, болѣе или менѣе правильно наступающіе промежутки времени. Заболѣваютъ, по Kirn'у, большею частію инвалидные мозги, отъ родовъ, климактерій и пр. Дальнѣйшіе приступы болѣе продолжительны. Весьма характернымъ является быстрое начало и быстрый конецъ припадковъ.

Что касается свѣтлыхъ промежутковъ при періодическихъ психозахъ, то и здѣсь мы должны повторить то-же, что высказали въ видѣ общаго положенія въ началѣ своей статьи. По мнѣнію большинства извѣстныхъ психіатровъ свѣтлый промежутокъ не есть полный возвратъ прежняго строя душевной жизни. Такъ, проф. П. И. Ковалевскій говоритъ, что свѣтлый промежутокъ далеко не здоровое состояніе, а только послабленіе болѣзни, гдѣ опытный глазъ почти всегда уловить характерный отбѣнокъ основной болѣзни. Шюле говоритъ, что нужно имѣть за правило, что даже во время свѣтлаго промежутка больные не здоровые люди, а пользующіеся только періодомъ ослабленія болѣзни, и въ такіе свободные промежутки больной представляется психически не совсѣмъ нормальнымъ. Krafft Ebing говоритъ, что въ промежуткахъ между пароксизмами замѣчаются ясныя явленія постоянного страданія центральной нервной системы. Отдѣльные приступы помѣшательства, продолжаетъ онъ, подобны приступамъ перемежающейся лихорадки или эпилепсін и представляютъ только особенно ярко выступающіе симптомы непрерывно существующей болѣзни. Dr. L. Kirn въ промежуткахъ постоянно наблюдалъ легкія незначительныя психическія или нервныя нарушенія, которыя, по его словамъ, говорятъ за постоянное существованіе болѣзни.

Что касается клиническаго теченія періодическихъ психозовъ, то, по мнѣнію Шюле, эти пароксизмы похожи другъ на друга до мельчайшихъ подробностей. Krafft-Ebing говоритъ, что эти приступы всегда стереотипны, т. е. до мельчайшихъ подробностей походятъ на предъидущія. Kirn говоритъ, что припадки настолько схожи между собою, что какъ бы представляютъ собою фотографическій снимокъ. Такъ думаетъ большинство извѣстныхъ психіатровъ.

¹⁾ Prof. Kirn, Die periodischen Psychosen, Zeitschrift f. Psychiatrie, B. XXXVI H. 3.

Вся суть періодическихъ психозовъ заключается, какъ извѣстно, въ періодичности того или другаго психоза. Какіе-же это психозы? Проф. П. И. Ковалевскій въ своей психіатріи говоритъ о періодической маніи, меланхоліи, параноѣ и аменціи. Prof. E. Mendel ¹⁾, исключивъ циркулирующіе психозы и тѣ, которые являются въ видѣ истерическихъ и эпилептическихъ психозовъ, различаетъ періодическую манію, меланхолію, *delirium hallucinatorium periodicum*, и кромѣ того онъ описываетъ четыре случая періодической паранои (*prognosis* для послѣдней формы Mendel ставитъ абсолютно *infausta*). Spilmann въ своей діагностикѣ душевныхъ болѣзней, кромѣ періодической меланхоліи, различаетъ періодическій *Tobsucht*, *Wahnsin* и періодическую эпилепсію съ явленіями психическихъ нарушеній. Подъ періодическимъ *Wahnsin* онъ разумѣетъ не періодическій психозъ въ собственномъ смыслѣ этого слова, а хроническое душевное разстройство съ временно наступающими возбужденіями и усиленіями аффекта. Kirn ²⁾ въ своей монографіи о періодическихъ психозахъ различаетъ: 1) *Centralen Typosen* съ длинными припадками (періодическія манія, меланхолія, *cicliche psychosen*),—2) *Centralen Typose*, съ короткими припадками, которые характерны своими болѣе глубокими аффектами, своими тяжелыми нарушеніями сознанія, сильными возбужденіями и интенсивными моторными явленіями. Эти послѣдніе психозы, по Kirn'у острые, прямо центральнаго происхожденія. Наконецъ, ему приходилось наблюдать и вторичные психозы, которые появлялись припадками. Тѣ психозы, которые Kirn окрестилъ названіемъ «*centralen Typosen* съ короткими припадками», Krafft-Ebing именуетъ идиопатическимъ періодическимъ сумашествіемъ (*Irresein*) въ формѣ *Delirium* и различаетъ кромѣ того періодическую манію, дипсоманію, меланхолію и циркулирующія сумашествія, исключивъ «симпатически» являющіяся періодическія формы психозовъ въ видѣ, напримѣръ, періодическаго менструальнаго сумашествія.

Такимъ образомъ мы не имѣемъ точно опредѣленнаго рода періодическихъ психозовъ. Каждый клиницистъ—психіатръ готовъ расширить или сѣзуть границы, включающія въ себѣ періодическія нарушенія душевной жизни. Причина такого явленія довольно ясна. Вся суть періодическихъ психозовъ,

¹⁾ Prof. E. Mendel, Ein Beitrag zur Lehre von den periodischen Psychosen. Zeitschrift. für Psych., 88, H. XXVII.

²⁾ Kirn, Die periodischen Psychosen. Eine clinische Abhandlung.

какъ извѣстно, заключается въ характерномъ клиническомъ теченіи болѣзни при явленіяхъ свѣтлыхъ промежутковъ и новыхъ возвратовъ болѣзненныхъ симптомовъ. Рецидивъ при душевныхъ заболѣваніяхъ далеко не рѣдкость. Оставивъ сумашедшій домъ, больной попадаетъ часто въ прежнія неблагоприятныя семейныя или общественныя условія жизни, гдѣ по неволѣ стремится къ прежней жизненной борьбѣ, а его пивалидный мозгъ еще болѣе подорванъ предшествующею болѣзнью. Отсюда естествененъ возвратъ. Если послѣдній будетъ представлять копію уже перенесенной болѣзни и если такъ случится нѣсколько разъ,—отчего не признать такой болѣзни періодическою, а прежнія выздоровленія не счесть за свѣтлый промежутокъ? Тогда можно расширить еще болѣе ту классификацію, которую предлагаетъ, напримѣръ, Кирп. Возьмемъ для примѣра *Dysthymia neuralgica*. Рецидивъ при ней весьма возможенъ, а Tiling въ немъ даже увѣренъ, говоря кромѣ того, что нужно считать за правило появленіе рецидива въ той-же формѣ. Разъ появился рецидивъ и не первый, а второй, третій, то почему это новое заболѣваніе, появившееся въ той-же формѣ, какъ и раньше, не окрестить именемъ *Dysthymia neuralgica periodica*, признавъ прежнія выздоровленія за *intervalla lucida*? Возможно и въ теченіи аменцій наблюдать свѣтлыя ремиссіи (П. И. Ковалевскій)¹⁾. Такимъ образомъ вопросъ о классификаціи періодическихъ психозовъ споренъ. Споренъ онъ въ виду тонкостей и неопредѣленности тѣхъ положеній, которыя лежатъ въ основѣ понятія о сути періодическихъ психозовъ, а между тѣмъ онъ важенъ въ смыслѣ, напр. прогноза, который приходится ставить больному.

Перейдемъ теперь къ выполненію своей задачи. Намъ пришлось наблюдать случай періодической меланхоліи, интересный по клиническому своему теченію, съ рядомъ свѣтлыхъ промежутковъ въ указанномъ выше смыслѣ. Описаніе этого случая мы и представимъ вниманію товарищей.

Анамнезъ. Больная А. Ш. 35 л. Душевныхъ или нервныхъ заболѣваній въ роду не было. Отецъ горчайшій пьяница. Мать здорова. При зачатіи отцу было 40, матери 28 лѣтъ. Родилась больная своевременно и правильно, на 6 мѣсяцѣ показались у нея зубы, ходить начала 11 мѣсяцевъ. Въ дѣтствѣ была совершенно здорова, ничѣмъ не болѣла и была тихимъ,

¹⁾ П. И. Ковалевскій, *Amentia*, 1891.

послушнымъ ребенкомъ. 8 лѣтъ начала учиться и училась хорошо. На 17 году показались регулы. Были они всегда правильны, на 28 день, но часто сопровождались болями внизу живота и въ поясницѣ. Тѣлосложеніемъ больная пользовалась крѣпкимъ, никогда не простуживалась и вообще производила впечатлѣніе здоровой, крѣпкой женщины. Жила всегда въ деревнѣ, характера была всегда добраго, пользовалась общимъ расположеніемъ, была работающей, трудолюбивой женщиной, будучи по происхожденію изъ простой, крестьянской семьи. На 20 году вышла замужъ. Въ началѣ семейная жизнь шла хорошо, но затѣмъ мужъ оказался недостойнымъ человекомъ, сталъ выпивать и подъ пьяную руку часто колотилъ жену. Явился рядъ нравственныхъ потрясеній, разочарованій въ жизни. 6 лѣтъ назадъ родила ребенка. Беременность протекала при неблагоприятныхъ семейныхъ и матеріальныхъ условіяхъ, а послѣ годового кормленія ребенка больная заболѣла меланхоліей и была помѣщена въ лечебницу для душевно больныхъ.

Подъ вліяніемъ бреда грѣховности и тоски больная отказывалась отъ пищи, дѣлала попытки къ самоубійству. Послѣ 2-хъ мѣсячнаго пребыванія въ лечебницѣ, всѣ эти явленія прошли почти сразу и больная выздоровѣла. Она разошлась съ мужемъ, нашла себѣ покровительство у другого почтеннаго, пожилого человека, съ которымъ вскорѣ прижила сына. Тяжесть положенія незаконной жены, укоры со стороны родныхъ, преслѣдованіе со стороны мужа—все это постепенно, какъ медленно дѣйствующій ядъ, раздражало и подтачивало нравственные и душевные силы больной. Прошло 5 лѣтъ такой жизни и вотъ родные и сама больная стали замѣчать, что съ нею дѣлается что-то неладное. Больная начала ко всѣмъ относиться недовѣрчиво, раздраженно, стала подозрѣвать противъ себя происки и козни тамъ, гдѣ на дѣлѣ ихъ небыло вовсе. Появилась головная боль, бессонница, на сердце налегла тоска. Пропала прежняя энергія, веселость, неутомимость въ трудѣ. Все валилось изъ рукъ. Больная цѣлые дни проводила съ своимъ сыномъ, плакала, называла его несчастнымъ незаконнымъ, говорила, что всѣ изъ-за нея надъ нимъ смѣются, что даже дѣти не хотятъ съ нимъ играть, да и самъ сынъ уже знаетъ про свое незаконное рожденіе и взглядомъ укоряетъ и терзаетъ ея сердце. Она старалась быть какъ можно ласковѣе и нѣжнѣе съ своимъ ребенкомъ, плача просиживала надъ нимъ ночи. Ребенокъ, замѣтивъ

такую перемену въ матери, сталъ бояться, избѣгать ея, чѣмъ еще болѣе терзалъ и мучилъ больную мать. Тяжелыя думы, ощущение безысходной тоски заставило больную обратиться за помощью къ церкви. Она не пропускала ни одной церковной службы. Больную насильно повезли къ роднымъ въ другой городъ, съ цѣлью развлечь ея, но это лишь ухудшило ея состояніе. Подъ вліяніемъ бреда грѣховности она уже и дома по цѣлымъ часамъ простаивала на колѣняхъ передъ иконой и въ скоромные дни стала постить. Подавленность самочувствія, углубленіе въ самое себя дошло до того, что больная не отвѣчала на вопросы, старалась уйти отъ людей, забраться куда нибудь въ темный уголокъ комнаты. Наконецъ, она перестала ѣсть, ночью не спала, а укутавшись съ головой въ одѣяло, неподвижно лежала въ постели. 11 декабря 89 г. больная была отправлена въ лечебницу д-ра Платонова, служащую клинкой проф. П. И. Ковалевскаго.

Status praesens. Больная роста 167 с., крѣпкаго тѣлосложенія, объемъ груди 100 с. Вѣсъ тѣла 3 п. 37 ф. Волосы на головѣ темныя, мягкіе. Наибольшая окружность черепа 54, затылочно-ушная 31 с., лобно-ушная 28 с., теменно-ушная 28,5, подбородочно-ушная 27,5, прямой діаметръ черепа 18 с., кривая отъ glabella до protuberantia occipitalis ext. 37 с., поперечный діаметръ 15 с., правый косой 18,5, лѣвый 18 с., діаметръ основанія черепа 12+13, діаметръ высоты черепа 15,5, продольно-поперечный показатель 84,5, продольно-высотный 86,2. Высота лба 6, ширина 16, діаметръ лба 17. Форма головы округленно овальная, уродливости и неправильности черепа отсутствуют, типъ черепа по показателю Вроса—брахицефалический. Лицо блѣдное, одутловатое, слизистыя оболочки блѣдны, подвижность вѣкъ ослаблена, подвижность глазъ замедлена. Страбизмовъ нѣтъ, влажность глазъ усилена, усиленъ блескъ ихъ, зрачки расширены равномерно. Первичная и вторичная реакція выражены слабо. Поле зрѣнія, остроту и цвѣтоощущеніе не удалось изслѣдовать въ виду отказа больной. Подвижность мускуловъ лица ослаблена, его чувствительность значительно понижена. Выраженіе лица грустное, сосредоточенное въ видѣ неподвижной маски. Полость носа содержитъ слизь и засохшія корки. Языкъ съ желтымъ налетомъ, фибриллярно дрожитъ. Вкусовыхъ и обонятельныхъ ощущеній не удалось изслѣдовать. Небо, зубы безъ особенностей, вели-

чина и форма ушей нормальна. Остроту слуха, слухъ черезъ черепъ нельзя было изслѣдовать. Область шеи безъ особенностей, лимфатическія желѣзы шеи слабо увеличены. Легкія въ порядкѣ, тоны сердца глухи, слабоваты. Пульсъ 90 въ 1^ю. Температура тѣла 37—36. Печень увеличена на 2 поперечныхъ пальца, селезенка въ границахъ нормы. Кишечникъ вздутъ газами, артеріальные и венозные сосуды безъ измѣненій. Мочи 550 к. с., цвѣтъ № 3 по Фогелю, уд. вѣсъ 1029, моча кислой реакціи содержитъ бѣлокъ въ небольшомъ количествѣ и обильный осадокъ фосфатовъ. Строеніе позвоночника правильно, его чувствительность ослаблена, подвижность замедлена. Строеніе конечностей правильно, мускулатура ихъ хорошо развита. Мышечная сократимость подъ вліяніемъ индуктивнаго тока въ предѣлахъ нормы. Постояннымъ токомъ не удалось изслѣдовать. Также неудачны были попытки изслѣдовать состояніе чувствительной области,—судя по слабымъ появленіямъ болевыхъ рефлексовъ можно было думать, что она понижена. Изъ рефлексовъ вазомоторные оказались повышенными, остальные были ослаблены. Пото- и слюноотдѣленіе усилены. Покровы кожи блѣдны, тургесценція ихъ слабо выражена. Подкожный слой хорошо развитъ, хорошо развита и мускулатура. Кости скелета развиты правильно. Сонъ плохъ. Больная плохо ѣстъ, часто отказывается вовсе отъ пищи. Упорные запоры. Больная таковою себя не признаетъ.—Что касается психической сферы больной, то вниманіе къ окружающей обстановкѣ и способность воспріятія внѣшнихъ впечатлѣній были до крайности ослаблены. Углубившись въ свои идеи, сосредоточившись на ощущеніи тоски и страха, больная проявляла полнѣйшій индифферентизмъ ко всему, что ее окружало. Проводимость впечатлѣній была замедлена. Лишь послѣ настойчиваго ряда громкихъ вопросовъ больная вяло поднимала голову, отвѣчая слабо «да или нѣтъ». Галлюцинацій не замѣчалось. Иллюзіи были по преимуществу зрѣнія и слуха. На лицахъ присутствующихъ больная подмѣчала насмѣшки и презрѣніе къ себѣ, въ разговорахъ ихъ ей слышался заговоръ и укоры. Образованіе представленій шло медленно и вяло, количество ихъ было уменьшено. Лишь въ кругу болѣзненныхъ идей представленія шли быстрее, — часто больная какъ бы застывала на опредѣленномъ рядѣ представленій, когда послѣднія соотвѣтствовали идеямъ бреда преступленій и грѣховности. Больная считала себя виновницей несчастій другихъ, преимущественно

родныхъ,—грѣшницей и т. д. Такимъ образомъ ассоціація представленій шла неправильно, предпочтительно ассоциировались представленія, гармонизировавшія съ идеями бреда. Способность запоминанія и припоминанія была ослаблена, сознаніе окружающей обстановки не полное, сужденія и заключенія вялы, частью подъ вліяніемъ бредовыхъ идей ложны. Настроеніе духа было до крайности подавлено и грустно съ явленіями страха. Больная всѣ дни проводила на одномъ мѣстѣ, ничѣмъ не занималась, едва отвѣчала на вопросы. Къ себѣ была неряшлива и небрежна. Къ другимъ—совершенно безразлична. Подобное состояніе клинической жизни быстро смѣнялось совершенно инымъ, когда больная представляла собою почти совсѣмъ здороваго человѣка. Такихъ поразительныхъ перемѣнъ, съ послѣдующимъ поворотомъ въ прежнее состояніе въ теченіе пребыванія въ клиникѣ, было нѣсколько. Описаніе подобныхъ періодическихъ смѣнъ нами представлено въ послѣдующихъ строкахъ клиническаго теченія болѣзни.

Больная пробыла въ лечебницѣ три мѣсяца: съ 12 декабря по 15 марта.

Съ 12 декабря по 19 декабря психическое состояніе больной представляло картину *Melancholia attonita*. Прежде всего бросалась въ глаза отрицательная сторона самочувствія, явленія подавленности, тоски и грусти. Она ко всему относилась совершенно безучастно и безразлично. Согнувшись, опустивъ внизъ голову, она сидитъ на одномъ мѣстѣ, пока посторонняя рука не выведетъ ее изъ такого положенія. Больная оказывала при этомъ нѣмое сопротивленіе, а при гуляніи во дворѣ, при сильномъ даже подчасъ морозѣ, нужны были постоянныя понуканія, чтобы заставить больную сдвинуться съ мѣста. Лицо осунувшееся, больная даже въ комнатѣ старалась укутаться платкомъ, надвинувъ его на глаза. Она нисколько не заботилась о чистотѣ своего платья. Ее приходилось обмывать, одѣвать, чистить, при чемъ все это встрѣчало со стороны больной, ни однимъ словомъ не объяснимое, упорство и отказъ. Лишь послѣ настойчивыхъ вопросовъ больная отвѣчала тихо: «да или нѣтъ», а часто вмѣсто должнаго отвѣта говорила медленнымъ, плаксивымъ тономъ: «гдѣ мой сыночекъ, гдѣ маменька, я погибла, я несчастна!» Больная отказывалась отъ пищи и лекарствъ, часто приходилось примѣнять насильственное кормленіе. Спала больная плохо. Ночью съ головой уку-

тывалась въ одѣяло и если спала, то чутко. Все время были упорные запоры. Поступки больной говорили за существованіе идей бреда, прежде всего грѣховности. Больная, если и соглашалась ѣсть, то лишь постную пищу, часто крестилась, шептала молитвы, падала передъ иконой на колѣни, а одинъ разъ (15-го) не захотѣла ложиться спать, а старалась примоститься на полу, вѣроятно въ силу существованія бреда преступности и самоуниженія. Больная разъ заявила, что изъ за нея страдаетъ ея мать. Такое состояніе, тянувшееся однообразно и монотонно, 19-го декабря вдругъ преобразовалось.

При утренней визитаціи больная предстала въ неузнаваемомъ видѣ. Съ заложенными руками за спину она растягивала по комнатѣ, бостюмъ въ образцовомъ порядкѣ. Лицо измѣнилось до неузнаваемости. Прежней безжизненной, блѣдной одутловатости какъ не бывало. Наоборотъ, лицо свѣтло, глаза съ блескомъ, на губахъ улыбка. Врача привѣтствовала она съ радостной улыбкой, энергично пожала протянутую руку, о своемъ прошломъ состояніи передала слѣдующее: «я все видѣла, сознавала, слышала, но сдвинуться съ мѣста не могла, меня что-то внутри держало, было какъ-то страшно». Такое состояніе, на первый взглядъ совершенно нормальное, продолжалось и слѣдующій день. Больная рассуждала совершенно здраво и логично, рассказывала о своей прошлой жизни, она радовалась, что выздоровѣла такъ скоро. Прекрасно ѣла. Сама попросила себѣ ванну. Больная призналась, что раньше отказывалась отъ пищи, думая, что люди должны постить подобно Іисусу Христу. «Ну, возможно ли человѣку равняться съ Богомъ?» добавляла она съ улыбкой. Присматривался глубже къ состоянію больной, можно было подмѣтить черты, говорящія за то, что имѣли мы дѣло не съ выздоровленіемъ и не нормой, а что передъ нами *intervallum lucidum*. Въ самомъ дѣлѣ, больная прекрасно ѣла, но лишь постную пищу (дѣло было положимъ въ постъ), въ комнатѣ просила поставить на столъ вторую икону, отъ какихъ бы то нибыло изслѣдованій—поля зрѣнія, динамометріи, состоянія чувствительной сферы и пр., отказалась на отрѣзъ, съ недоумѣніемъ и страхомъ осматривая соотвѣтствующіе, вовсе не ужасные на видъ, приборы. По утру и на ночь она усердно молилась Богу.

Съ 21 декабря начали очевидно всплывать болѣзненные явленія. Прежній просвѣтъ выраженія лица угасъ. Больная

уже вяло подавала руку, неохотно отвѣчала на вопросы, глядя неопредѣленно въ окно, а вечеромъ не подавала руки вовсе, говоря, что молодымъ людямъ не слѣдуетъ подавать руки вовсе. Постепенно стали появляться прежняя неподвижность, апатія, вялость, безразличіе съ нѣмымъ сосредоточіемъ въ самое себя. 25-го декабря больная впала въ состояніе, представлявшее полную картину прежнихъ нервныхъ явленій. Снова отказъ отъ пищи, лекарствъ, опять сильнѣйшее противудѣйствіе и упорство всему, что только касалось ея личности. Говоря словами Кипъ'а, можно было видѣть фотографическій снимокъ съ прежняго состоянія, прерваннаго, но не на долго, свѣтлымъ промежуткомъ. Съ каждыиъ днемъ больная дѣлалась все болѣе и болѣе неподвижной, на ночь раздѣвать приходилось насильно, она часто плакала, вспоминая «маменьку и сыночка». Если кто входилъ въ ея комнату, она закрывала лицо платкомъ. 1-го января явились регулы, безъ всякаго вліянія на состояніе психики. Каждый день приходилось заставлять больную на одномъ и томъ-же мѣстѣ, въ одномъ и томъ-же положеніи, съ однимъ и тѣмъ-же выраженіемъ лица. вмѣсто отвѣта больная тогда плаксивымъ голосомъ отвѣчала: «Господь знаетъ... отпустите домой... гдѣ маменька»!

21-го января, сразу, съ утра наступилъ свѣтлый промежутокъ. Больная измѣнилась до неузнаваемости. Взялась за работу, стала починаиъ и чистить свое платье. За общимъ столомъ распорикалась раздачей порцій, вела себя расторопной, энергичной хозяйкой. Больная сама охарактеризовала переломъ своего состоянія фразой: «я проснулась». Проснулась, да не надолго. На другой день появился ясно депрессивный оттѣнокъ самочувствія. Больная нехорошо ѣла, говоря, что грѣшно ей ѣсть, когда маменька и сыночекъ сидятъ голодными. Появилась прежняя молчаливость, вмѣсто отвѣта на вопросъ—слезы.

4-го февраля столь-же быстро наступилъ третій по счету свѣтлый промежутокъ, совершенно похожій по проявленіямъ просвѣтлѣвшей душевной жизни на прежніе. Опрятно одѣтая, съ веселымъ лицомъ, больная съ утра снова принялась за переборку бѣлья; работа, что называется, кипѣла въ ея рукахъ. вмѣсто прежняго безразличія проявился интересъ и даже энергичное вмѣшательство въ окружающую жизнь. Такъ, напримѣръ, въ тотъ день шла неудачно топка печей. Больная взялась помогать истопнику, дѣлала ему дѣльныя

замѣчанія, собственноручно занялась очисткой колосниковъ отъ накипей угля, пробрала истопника за нерадѣніе къ дѣлу. Всѣ больныя вышли къ ней въ корридоръ, удивляясь и поздравляя ее съ такимъ поразительнымъ переломомъ болѣзни. На поздравленія больная развязно раскланивалась, привѣтливо и радостно улыбаясь. На вопросы окружающихъ, что съ нею было раньше, больная отвѣчала, что чувство тоски и страха парализовали всѣ ея стремленія. «Я сидѣла на одномъ мѣстѣ, продолжала она, у меня болѣлъ крестецъ, но я молчала, боясь, что мнѣ принесутъ лекарство. А чего было бояться? Вѣдь лекарство принесло-бы мнѣ пользу. Страхъ не давалъ мнѣ силы встать. Мнѣ казалось, что я погибла, что мать и сынъ при смерти, что я виновата въ этомъ, но сдѣлать что либо для нихъ я была не въ силахъ и отъ этого мнѣ дѣлалось еще тяжелѣе и больнѣе». Больная отпросилась въ городъ погулять а цѣль была иная:—поставить свѣчку Николаю Угоднику и отправить заказное письмо матери, такъ какъ больная не вѣрила, что изъ лечебницы отправятъ ея письмо. Необходимо было сфигмографомъ изслѣдовать кривую пульса, но это стоило очень большихъ упрощиваній и настойчивости,—на столько еще были сильны недовѣрчивость, подозрительность и безъосновательный страхъ.

На другой день, 5-го февраля свѣтлаго промежутка какъ не бывало. 7-го регулы. 20-го февраля опять свѣтлый интерваллъ. Приведемъ слова самой больной: «Сегодня съ утра я чувствую, что на душѣ у меня легко, мнѣ хочется говорить, а раньше мнѣ казалось, что меня хотятъ приговорить къ смертной казни. Въ сосѣдней комнатѣ играли въ карты, а мнѣ казалось, что это одинъ обманъ, что на самомъ дѣлѣ это судятъ меня и мнѣ слышались отдѣльныя фразы, гдѣ упоминалось грозно мое имя». Наступалъ этотъ свѣтлый промежутокъ постепенно,—уже съ 15-го февраля бывали замѣтны проблески улучшенія, постепенно онъ и угасъ. Депрессія налягала на грудь, подобно тучѣ, постепенно заволакивающей небо и 22-го явилась обычная, хорошо знакомая картина. Такъ тянулось до 25-го, когда настала 5-й свѣтлый промежутокъ. Съ этого дня былъ легкій просвѣтъ, подобное состояніе было 26-го, а 27-го все угасло. Такъ дѣло шло, съ буквальной точностью 6-го, 7-го и 8-го марта. 7-го былъ интерваллъ, 9-го все исчезло. Съ 10 марта началось постепенное просвѣтлѣніе психической сферы. 11-го марта больная охотно отвѣчала на вопросы

движенія стали болѣе энергичны, выраженіе лица потеряло прежнюю замкнутость и угрюмость. 12-го марта наступилъ обычный свѣтлый промежутокъ. При такихъ явленіяхъ, кажущихся на первый взглядъ состояніемъ полного здоровья, проявлялись легкіе осколки прежней подозрительности, недоверія и упорства. Такъ больная сопротивлялась при изслѣдованіи кривой пульса, неохотно шла для измѣренія вѣса тѣла, отказывалась собирать мочу въ опредѣленный сосудъ, когда узнала, что ея мочу изслѣдуютъ. Свѣтлый промежутокъ продолжался 13 и 14-го числа. Пріѣхали ея сынъ и мать. Во всѣхъ выраженіяхъ радостныхъ чувствъ больная была разумно-нѣжна, ходила за покупками въ городъ. 15-го утромъ больная оставила лечебницу, находясь при обычныхъ явленіяхъ свѣтлаго промежутка, но утромъ, въ день отъѣзда отказалась пить чай, съ улыбкой заявляя, что въ память своего выздоровленія она дала обѣтъ по утрамъ не пить чаю. Что сталося дальше съ больной—мы не знаемъ.

Подводя выводъ сказанному выше мы видимъ, что за трехъ мѣсячное пребываніе въ лечебницѣ теченіе болѣзни семь разъ давало свѣтлые промежутки. Они или наступали внезапно, переломъ совершался за ночь, или проясненіе шло постепенно. Въ послѣднихъ случаяхъ эффектъ былъ болѣе продолжителенъ, но не всегда. Какъ очаровательно на видъ ни были эти свѣтлые промежутки, все таки они не говорили за состояніе нормы. Всматриваясь глубже и внимательнѣе, можно было открыть слабые осколки бреда, подозрительность, недоверіе, упорство, стремленіе къ усиленной религіозности, къ даванію всевозможныхъ нелѣпыхъ обѣтовъ. Если свѣтлый промежутокъ наступалъ сразу, то въ немъ былъ замѣтенъ даже легкій маниакальный оттѣнокъ веселаго самочувствія. Можетъ быть это, впрочемъ, такъ казалось, въ силу явленій контраста. Однако, если мы видимъ больную, которая вчера сидѣла неподвижно на одномъ мѣстѣ, со всѣми явленіями *melancholiae attonitae*, а сегодня съ улыбкой на лицѣ дѣлаетъ книксены на поздравленія окружавшихъ ея лицъ, то можно подумать, что она находится въ состояніи нѣкоторой повышенности самочувствія.

За время пребыванія больной въ лечебницѣ у больной производилось измѣреніе температуры, изслѣдовались пульсъ и моча и дѣлались ежедневныя взвѣшиванія вѣса тѣла.

Кривая температуры носила явный характеръ *typus inversus*. Какъ извѣстно, такое явленіе при *Melancholia at-*

tonita не рѣдкость. Проф. Бехтеревъ ¹⁾ предлагаетъ называть подобный типъ температуры—*typus anteronens* въ виду того обстоятельства, что, по его наблюденію, у подобныхъ больныхъ максимумъ температуры бываетъ въ полдень, а минимумъ около полуночи. Въ этомъ случаѣ температура изслѣдовалась въ 7 ч. утра и въ 7 ч. вечера. Интересно то, что при свѣтломъ промежуткѣ иногда сглаживается этотъ извращенный типъ температурной кривой, но за то въ состояніи глубокой подавленности утренняя температура бывала даже на 1,5° выше вечерней того-же дня.

Дыханіе, вслѣдствіе тоски и подавленности, было поверхностное,—преобладать брюшной типъ дыханія, прерываемый отъ времени до времени глубокими вздохами. Дыханіе такимъ образомъ было обычное, свойственное меланхоліи, (П. И. Ковалевскій ²⁾, Краффтъ Эбингъ ³⁾). Присматриваясь внимательно къ характеру дыханія, было замѣтно преобладаніе экспираторной стадіи, періодъ вдыханія былъ коротокъ, выдыхательная же фаза была замедлена и продолжительна. Это было вполне согласно съ наблюденіями Musso ⁴⁾). При состояніи депрессіи, особенно къ вечеру, дыханіе учащалось. Что касается сердечной дѣятельности и кривой пульса, то при состояніи депрессіи тоны сердца были слабыми. Число ударовъ 100—110 въ минуту. Пульсъ былъ легко сжимаемъ. Систолическое поднятіе кривой медленно, съ закругленной верхушкой. Въ состояніяхъ свѣтлаго промежутка сердечные тоны усиливались, пульсъ дѣлался полнѣй, число ударовъ—60—70 въ 1'. Пульсовые волны стояли выше, волна опускалась быстро, съ явленіемъ дикротизма.

При изслѣдованіи мочи, добываніе которой стоило много хлопотъ, замѣчалось слѣдующее. Въ состояніи депрессіи количество мочи уменьшалось—было 500—600 к. с. при свѣтломъ промежуткѣ доходило до 1800. Соответственно этому мѣнялся цвѣтъ и уд. вѣсъ мочи. При изслѣдованіи на азотъ и фосфорную кислоту было найдено, что разницы въ количественномъ состояніи этихъ составныхъ частей были незначительны. Въ общемъ при депрессіи было меньше азота и больше фосфорной кислоты, при состояніи свѣтлаго проме-

¹⁾ Проф. Бехтеревъ, О термическихъ измѣненіяхъ у душевнобольныхъ, Медицинскій вѣстникъ 1879 г.

²⁾ П. И. Ковалевскій, Психіатрія, т. II, изд. 4.

³⁾ Краффтъ-Эбингъ, Руководство по психіатріи.

⁴⁾ Musso, О нѣкоторыхъ особенностяхъ меланхолическаго дыханія. Арх. Пс., 85 г., т. VI, № 2.

жутка на оборотъ. Такъ, фосфорной кислоты при депрессіи было 1,9,—2,4 гр., при свѣтломъ промежуткѣ 1,4,—1,7,—1,9; азотъ-же, на оборотъ, вмѣсто 5,4,—6,2 при свѣтломъ промежуткѣ доходилъ до 7 гр. Изслѣдованія вѣса тѣла показали, что не было никакого соотвѣстствія между вѣсомъ тѣла и состояніемъ психики. Бывало, что въ состояніи просвѣта вѣсъ тѣла былъ ниже, чѣмъ при депрессіи. Этому противорѣчатъ наблюденія Краффтъ Эбинга ¹⁾, Neftel'я ²⁾, Шюле ³⁾ и др. Это разногласіе мы можемъ объяснить тѣмъ обстоятельствомъ, что въ нашемъ случаѣ свѣтлые промежутки были слишкомъ кратковременны.

Чѣмъ объяснить такую періодичность теченія психоза? Почему наступаетъ смѣна состояній душевной жизни и при томъ иногда сразу «какъ будто былъ развязанъ узелъ», какъ выражается Dr. Neftel. По мнѣнію послѣдняго, въ виду того обстоятельства, что въ промежуткахъ, по его наблюденію, исчезала анемія,—все дѣло въ игрѣ вазомоторовъ. По словамъ Dr. Kirn'а «элементы припадковъ (Elemente der Anfälle) существуютъ въ мозгу и въ свѣтлое время, они лишь отодвинуты отъ сознанія и при извѣстныхъ условіяхъ могутъ вдругъ воспрянуть вновь и протекать съ прежней послѣдовательностью». Дѣло, какъ видно, все таки остается не выясненнымъ. Краффтъ Эбингъ, принимая во вниманіе то обстоятельство, что періодическое помѣшательство развивается преимущественно на почвѣ наследственнаго расположенія, признаетъ у подобныхъ больныхъ состояніе неустойчиваго равновѣсія и усиленную возбудимость центрального органа. Возвраты помѣшательства, указывающіе на какія-то періодически возобновляющіяся одинаковыя измѣненія въ психическомъ органѣ, Краффтъ Эбингъ приравниваетъ «эпилептическому измѣненію» мозга. На сосудодвигательныя явленія онъ смотритъ, какъ на сопровождающія смѣну душевныхъ контрастовъ, а не какъ на обуславливающую ихъ причину. Однако нельзя не согласиться съ тѣмъ, что причина явленій періодическихъ психозовъ лежитъ въ смѣнѣ состоянія вазомоторовъ. Такъ учитъ нашъ общій учитель Пр. Meunert. Наконецъ Dr Lange ⁴⁾ нашелъ прямую связь движенія въ области самочувствія съ состояніемъ вазомоторныхъ системъ.

¹⁾ Краффтъ Эбингъ. Психіатрія, т. I, стр. 149.

²⁾ Neftel Ueber periodische Melancholie. Allg. Zeitschr. f. Psych. B. XXXIV. стр. 91.

³⁾ Шюле, Руководство по душевнымъ болѣзнямъ, стр. 149.

⁴⁾ Dr Lange, О движеніи въ области самочувствія, Архив. Псих., 87 г., т. IX, № 3).

Мы сдѣлали попытку представить графически теченіе самочувствія, температуры и дыханія. Въ мѣстахъ таблицы, соотвѣтствующихъ тому или другому дню, мы поставили вѣсъ тѣла, количество мочи, данныя изслѣдованія послѣдней, а также обозначили время наступленія регулъ. Мы вполне сознаемъ, что, при соотвѣтствующемъ желаніи, нашу кривую самочувствія можно назвать произвольной, особенно если вѣрить лишь тѣмъ кривымъ, которыя чертитъ безпристрастный барабанчикъ Магеу'я, или какойнибудь приборъ. Къ сожалѣнію столь интересныя движенія самочувствія періодической меланхоліи не могутъ сдвинуть съ мѣста пишущіе рычажки ни одного изъ существующихъ приборовъ. Рисуя кривую мы руководились данными клиническаго наблюденія и субъективнымъ взглядомъ на состояніе самочувствія въ тотъ или другой день. Температура, пульсъ и дыханіе измѣрялись обычными приемами.

Перейдемъ къ нѣкотораго рода поясненіямъ. Кривая *abcdef...* изображаетъ ту или другую степень состоянія самочувствія. Границами колебанія служатъ поперечныя линіи *F. C. G.* Если кривая у линіи *G*, то это значитъ, что состояніе самочувствія находится въ томъ-же положеніи, въ какомъ больная поступила въ лечебницу. Степень поднятія кривой соотвѣтствуетъ степени поднятія и самочувствія. Если кривая въ извѣстный день коснулась линіи *C*, то значитъ, что въ тотъ день, самочувствіе представляло состояніе легкаго просвѣта. Въ такіе дни больной было немного лучше, она охотно ѣла, гуляла, отвѣчала на простые вопросы. Ступорозное состояніе значительно слабѣло. *Melancholia attonita* переходила въ *Melancholia simplex*. Если просвѣтъ становился еще болѣе очевиденъ и ясенъ, то въ такіе дни мы поднимали и кривую отъ линіи *C*, по направленію къ *F*. Послѣдняя линія соотвѣтствуетъ а priori нормальнаго самочувствія нашей больной. Если кривая переходитъ выше линіи *F*, то это значитъ, что состояніе самочувствія въ тотъ день носило легкій маниакальный отбѣнокъ. Если-же, наоборотъ, она опускается ниже линіи *G*, то значитъ явленіи ступора были ниже тѣхъ, съ каковыми больная поступила въ лечебницу.

Такимъ образомъ, глядя на кривую *abcd...* мы видимъ, что съ 12—19 дек. состояніе больной не представляло никакихъ почти измѣненій. Улучшеніе было едва замѣтно. 18-го къ вечеру картина болѣзни была таковою-же, какъ и въ первый день (12-го). 19-го утромъ состояніе самочувствія вдругъ зашло даже за нормальную границу (*F*) и, находясь въ легкомъ маниакальномъ періодѣ своей болѣзни, больная прожила такъ два дня (19 и 20 дек.). Съ утра 21-го самочувствіе стало падать. Къ вечеру этого дня мы имѣли дѣло лишь съ просвѣтомъ, но онъ сталъ постепенно гаснуть 22, 23, 24 все хуже и хуже, а съ 27-го ступорозное состояніе стало еще сильнѣе, чѣмъ въ первые дни. Такъ дѣло шло до 21 января, когда столь-же неожиданно степень состоянія самочувствія зашла предѣлы нормальной границы. Это продолжается не долго. 22-го самочувствіе пало до явленія лишь просвѣта, а 23—ниже, — какъ и въ первые дни. Какъ показываетъ кривая 27, 28 января было даже немного хуже. Съ 29—3 февр. опять наступили обычныя явленія болѣзни, а 4-го новый промежутокъ, но еще менѣе продолжительный, чѣмъ предыдущій. Въ промежутки

степень самочувствія съ маніакальнимъ оттѣнкомъ. Съ 5—19 февраля самочувствіе колеблется между обычнымъ состояніемъ депрессіи и явленіями просвѣта. 20-го, не столь уже неожиданно, наступаетъ свѣтлый промежутокъ. Маніакальнаго оттѣнка нѣтъ, а даже слегка ниже аргіогной норми. (Больная весь тотъ день занималась писаніемъ писемъ, мало обращала вниманія на окружающую жизнь). Такъ дѣло стояло и 21-го, а съ 22-го наступило паденіе самочувствія. 23-го были обычныя явленія депрессіи. Затѣмъ идетъ подъемный день (24-е), а 25-го нормальное состояніе самочувствія. Къ 27-му самочувствіе пало, но оно было выше, чѣмъ въ первые дни (съ 12—19 дек.). 5, 6 марта явленія просвѣта, 7-го состояніе норми. 8-го просвѣтъ, 9-го явленіе глубокой депрессіи. Затѣмъ снова подъемъ духа, поднимается «наша кривая». 11-го подъемъ продолжается, 12, 13, 14... самочувствіе нормально и больная уѣзжаетъ домой.

Кривыя пульса, температуры, дыханія, надѣмса, особнхъ поясненій не требуютъ. Обычный, преобладающій *typus inversus* очевиденъ. Въ общемъ мы можемъ замѣтить, что существуетъ нѣкоторая связь между кривой самочувствія и кривой температуры. При поднятіи самочувствія пропадалъ этотъ извращенный типъ. При состояніяхъ депрессіи онъ выступалъ ясно (31 дек., 18 янв. 31, 3 марта). Между 9 и 18 февр. онъ сглаженъ, ему соответствуетъ и кривая. Иногда теченіе температуры было курьезно, (напр. съ 10—15 марта), объяснить причину такого теченія температуры мы отказываемся.

О пульсѣ, дыханіи, вѣсѣ тѣла, состояніяхъ мочи у насъ приведены указанія въ соответствующихъ мѣстахъ нашей статьи.

Регулы каждый разъ наступали при низкомъ стояніи кривой самочувствія. Это особенно наглядно видно 9 марта, гдѣ регулы стоятъ какъ-бы въ промежуткѣ между 2 промежутками.

Клиническіе матеріалы по сифилису мозга.

В. А. Тихомировъ.

(Изъ клиники проф. П. И. Ковалевскаго).

(Продолженіе).

IX. Больной К. И. К—овъ, агрономъ, 47 л. отъ роду, православный, женатъ. Мать больного, равно какъ три брата и двѣ сестры, пользуется хорошимъ здоровьемъ и ни какими заболѣваніями психической области одержимы не были. Относительно здоровья больного и его психической области въ дѣтствѣ, жена его, на основаніи семейныхъ воспоминаній, передаетъ, что былъ онъ всегда ребенкомъ крѣпкимъ, никакимъ, болѣе или менѣе, серьезнымъ заболѣваніямъ не подвергался. Характеръ былъ у него всегда ровный, скорѣе былъ онъ добръ, чѣмъ золъ и эгоистиченъ. Начальное образованіе получилъ дома, послѣ чего поступилъ въ земледѣльческое училище, по окончаніи котораго служилъ управляющимъ въ имѣніи. Въ этой должности прослужилъ 5 лѣтъ. Въ это время, имѣя 27 л. отъ роду, онъ женился и переѣхалъ служить въ г. М.; тамъ онъ прожилъ 6 лѣтъ на одномъ мѣстѣ, затѣмъ онъ поссорился съ хозяиномъ и поступилъ на желѣзную дорогу, на должность начальника станціи, гдѣ прослужилъ около 6 лѣтъ. Послѣдніе четыре года состоялъ управляющимъ одного очень большого имѣнія графини С—ой. Отъ перваго брака больной имѣлъ двухъ дѣтей, изъ которыхъ первый ребенокъ не дожилъ до полугода, а второй, родившійся годъ спустя, родился преждевременно и умеръ, проживъ лишь нѣсколько недѣль. Послѣ этихъ родовъ жена больного заболѣла и спустя 8 лѣтъ умерла. Вторично больной вступилъ въ бракъ пять лѣтъ назадъ. Отъ второй жены дѣтей не имѣлъ. Больной всегда отличался хорошимъ здоровьемъ, но 16

лѣтъ тому назадъ имѣлъ *сифилисъ*, для излеченія котораго употреблялъ всѣ зависящія отъ него мѣры. За время пятилѣтняго сожительства, больной почти никогда не жаловался на болѣзнь, лишь изрѣдка указывалъ, что иногда его стѣсняла одышка и сердцебиеніе при быстрой ходьбѣ или значительныхъ физическихъ усиліяхъ. Аппетитъ имѣлъ средній. Спиртные напитки употреблялъ въ самомъ ограниченномъ количествѣ. Курить началъ рано и курилъ много (50—60 папиросъ въ день). Наблюдая его отношенія къ окружающему его обществу, жена никогда не замѣчала, чтобы онъ избѣгалъ людей. Ни честолюбія, ни обидчивости особенной замѣтно не проявлялъ, но держалъ себя какъ человѣкъ, требующій должнаго къ себѣ уваженія. На свое общественное положеніе, на должность свою, денежные средства, или семейныя отношенія—никому никогда не жаловался. Серьезныхъ, потрясающихъ волненій и непріятностей по службѣ, у него не было. Служебныя обязанности его не тяготили. Семейныя отношенія его были очень хороши. Такъ шло до послѣдняго лѣта (88 г.). Въ это лѣто произошли большія неудачи въ хозяйствѣ ввѣреннаго ему имѣнія, изъ за чего у больного стали бывать частыя столкновенія съ главнымъ управляющимъ, чего раньше никогда не было и что не могло не оказать своего угнетающаго дѣйствія на больного. Прежде ровный и спокойный—онъ сталъ *раздражительнымъ*. Всякая малость, всякое столкновение съ служащими и рабочими, такія, на которыя раньше не обращалось ни какого вниманія и которыя проходили совершенно безслѣдно для состоянія его духа—теперь легко вызывали *порывы гнѣва*. Въ семьѣ онъ сталъ *врачнымъ*, раздражительнымъ. Около этого времени развилась и *половая неспособность*. Въ ноябрѣ мѣсяцѣ окружающіе обратили вниманіе на появившуюся у больного *разсѣянность и особенную забывчивость*. Эта послѣдняя доходила до того, что онъ черезъ три минуты забывалъ сказанное, вторично отвѣчалъ на предложенные вопросы. Самъ больной также замѣчалъ это и часто жаловался окружающимъ на *слабость памяти*, на то, что ему трудно составлять счета, отчетность и т. п. *Рѣчь* стала *медленна*, языкъ какъ бы плохо повиновался ему.

Съ этого же времени у него стала развиваться *ревность* къ женѣ, постепенно разростающаяся и достигшая, наконецъ, такой степени, что онъ сталъ ревновать ее даже къ ея братьямъ и собирався прогнать ее отъ себя. Измѣненіе ревности онъ пересыпалъ неприличными ругательствами по адресу жены. Раньше подобныхъ выраженій въ рѣчи своей никогда не употреблялъ. Сознавая потрясенное состояніе своей нервной системы, сознавая, что трудъ ему въ тягость, онъ самъ отказался отъ занимаемой имъ должности и отправился пожить къ своей матери. Тамъ всѣ его поступки не обращали на себя особеннаго вниманія окружающихъ, исключая крайней забывчивости и затруднительной рѣчи. Вскорѣ однако и здѣсь обратили вниманіе на ненормальное состояніе его духа и соотвѣтственно этому измѣнили свое съ нимъ обращеніе, что не ускользнуло отъ вниманія больного. Сознавая свое болѣзненное состояніе и сознавая въ тоже время, что ближайшія къ нему лица—мать, жена, братья—знаютъ объ этомъ, онъ сталъ крайне *обидчивымъ*. Въ послѣдніе три мѣсяца *сильныя головныя боли, головокруженія, шумъ въ ушахъ* и пр. не покидали больного. Къ апрѣлю общее состояніе его психической области значительно ухудшилось. У него появился *бредъ грандіозности*; въ тоже время стала проявляться суетливость, чего раньше не было. Больной значительно оживился, уходилъ изъ дому, безцѣльно бродилъ по деревнѣ. Ревность къ женѣ усилилась, онъ не отставалъ отъ нея, ходилъ за ней слѣдомъ и ревновалъ рѣшительно ко всѣмъ. Къ концу апрѣля припадки усилились, пребываніе его въ домѣ сдѣлалось для окружающихъ чрезвычайно тягостнымъ.

Status praesens. Больной росту 166 с., крѣпкаго тѣлосложенія, вѣсъ тѣла 5 п. 22,5 фунта.—Питаніе организма очень хорошее. Подкожный жирный слой въ изобиліи.—Волосистость на головѣ скудная, на темени плѣшь. Наибольшая окружность черепа 56,5 снтм., затылочноушная линія 25, лобноушная 30, теменноушная 36, подбородочноушная 34.—Прямой діаметръ черепа 19,5; кривая отъ glab. до protub. occip. ext. 30; поперечный діаметръ 15,5; правый косой 18,5; лѣвый косой 19; діаметръ основанія черепа 12,5 + 12,5.

Диаметръ высоты череца 16.—Продольнопоперечный показатель 79,24; продольно высотный показатель черепа 82,05. Высота лба 7; ширина лба 19; диаметр лба 12,5.—Форма головы округленная.—Уродлисти и не правильности черепа отсутствуют.—Типъ черепа по показателю Вросса—мезоцефалической. Лицо одутловатое; на щекахъ и на спинкѣ носа развиты капилляры. *Подвижность вѣкъ ослаблена.* Conjunctiva лѣваго глаза гиперемирована. Влажность глазъ увеличена,—они съ усиленнымъ блескомъ. Страбизмы отсутствуют. Зрачки равномерно сужены; первичная и вторичная реакція ихъ отсутствуетъ.—Поле зрѣнія не могло быть опредѣлено по причинѣ невнимательности больного къ изслѣдованію. Visus обоихъ глазъ $\frac{20}{30}$. Свѣто и цвѣтоощущеніе сохранено.—Подвижность мускуловъ лица немного ослаблена.—Чувствительность кожи лица сохранена, но нѣсколько ослаблена, въ особенности на правой сторонѣ.—Полость носа безъ измѣненія. Языкъ обложенъ бѣловатымъ налетомъ, язычекъ безъ измѣненій; небо узко.—Зубы въ верхней челюсти всѣ цѣлы, въ нижней недостаетъ четырехъ. Вкусовые ощущенія частью ослаблены, частью извращены. Обонятельныя ощущенія сохранены.—Величина и форма ушной раковины нормальны.—Слухъ черезъ черепъ отсутствуетъ.—Острота слуха для праваго уха—12,—для лѣваго 5 снтм.—Шея толстая, короткая. Лимфатическія железы увеличины. Объемъ грудной клѣтки 105 снтм., форма ея цилиндрическая. Границы легкихъ въ предѣлахъ нормы. Перкуссія ихъ даетъ ясный легочный тонъ; аускультация—везикулярное дыханіе.—Типъ дыханія смѣшанный. Сердечная тупость въ нормальныхъ границахъ. Тоны сердца слабы, но чисты; пульсъ средней полноты, 75 уд. въ 1'. На art. brachial. замѣчается слабо выраженный склерозъ.—Температура тѣла 36,8.—Печень и селезенка въ нормальныхъ границахъ. Желудокъ нѣсколько растянутъ, кишечникъ вздутъ. Суточное количество мочи 1100.—Моча соломенножелтаго цвѣта, уд. вѣсъ 1019, кислой реакціи, бѣлка и сахара не содержитъ.—Мочится часто, *моча выдѣляется не сразу*, а въ нѣсколько пріемовъ. *Половая дѣятельность* отсутствуетъ уже годъ. Строеніе позвоночника правильное, чувствительность его не из-

мѣнена; подвижность не ограничена.—Строеніе конечностей правильное.—Мускулатура ихъ, равно какъ и всего организма, дрябла.—Мышечная сократимость, подъ вліяніемъ электричества, въ верхнихъ конечностяхъ повышена, въ особенности на лѣвой сторонѣ, въ нижнихъ же понижена, въ особенности на правой.—Температурное чувство сохранено и правильно; также и болевое.—Чувство мѣста понижено, преимущественно на правой сторонѣ. *Сухожильные рефлексy повышены*, въ особенности правый пателлярный; мускульные въ области верхнихъ конечностей также повышены. Осязательные понижены, болевые нормальны, вазомоторные понижены. Динамометрія правой руки 65, лѣвой 70.—Потоотдѣленіе нѣсколько увеличено. Слюноотдѣленіе нормально, сонъ удовлетворительный; аппетитъ усиленъ; отправленіе кишечника задержанное. Субъективныя жалобы отсутствуютъ. Больной съ увѣренностью говоритъ, что совершенно здоровъ, что напрасно его держать въ лечебницѣ и удивляется, зачѣмъ производится изслѣдованіе, когда онъ совершенно здоровъ. *Вниманіе* къ окружающей обстановкѣ приближается къ нормальному, хотя таковымъ признать его нельзя, ибо въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ замѣчается его *пониженіе* и даже полнѣйшее безразличіе. *Способность воспріятія внѣшнихъ впечатлѣній*, равно какъ и ихъ приводимость, *понижена*.—Каждое раздраженіе, касается ли оно зрѣнія, слуха, или другого какого чувства, должно быть интенсивнѣе нормальнаго, чтобы произвести впечатлѣніе. На предлагаемые вопросы отвѣчаетъ не сразу. Иллюзій и галлюцинацій нѣтъ. *Способность припоминанія* у него значительно *ослаблена*. Такъ, напр., однажды онъ утверждалъ, что домъ его «въ Харьковѣ», на «Варваркѣ», то на «Сумской», то на «Московской», то на «Перемышлѣ».—Словомъ, смѣшивая улицы Москвы, Харькова и Кіева, онъ каждый разъ даетъ новое названіе той улицѣ, гдѣ находится его домъ, котораго у него вовсе и нѣтъ.—Способность *запоминанія* также *ослаблена*. Количество представленій уменьшено, хотя ходъ ихъ ускоренъ. Ассоціація значительно нарушена. Больной не фиксируетъ какой либо одной опредѣленной идеи, а перескакиваетъ съ одной на другую, проявляя осколки бреда грандіозности: то онъ гово-

ритъ, что онъ французскій императоръ, то онъ просто обладатель несмѣтнаго богатства и т. д. — *Настроение духа* его безразличное съ отгѣнкомъ презрѣнія къ окружающимъ и сознаниемъ собственнаго достоинства. *Нравственное чувство* понижено. Больной въ рѣчи часто употребляетъ довольно циничныя выраженія, съ большимъ наслажденіемъ рассказываетъ различныя скабрёзныя исторіи, говоритъ о своихъ любовныхъ похожденияхъ и т. п. Рѣчь его правильная, но медленная. Изъ многихъ словъ, предложенныхъ ему для выговариванія, онъ не умѣлъ только произнести слова «перпендикуляръ», понятіе, о которомъ однако, сохранилось. *Письмо* его съ кляксами, брызгами, строки неровны, буквы неодинаковой величины и нѣкоторыя выпадаютъ. -- Большую часть времени больной проводитъ въ кровати, изрѣдка выходитъ въ садъ. Къ себѣ относится съ большимъ уваженіемъ. — Говоритъ о себѣ нехотя. — На вопросы отвѣчаетъ какъ-то неохотно и съ значительнымъ презрѣніемъ. Заявляетъ, что онъ очень богатый имущественный человѣкъ, что у него 1000 тысячъ рублей, домъ 3-хъ этажный въ 100 квартиръ, по 100 комнатъ въ каждой; онъ теперь Константинъ III, императоръ французскій. Престолъ онъ получилъ, благодаря слѣдующему: «20 лѣтъ назадъ, въ 1712 году была война Россіи съ Франціей, въ которой онъ принималъ участіе въ должности военного начальника русской конной гвардіи, — разгромилъ Наполеона, сослалъ его въ Сибирь, а самъ занялъ французскій престолъ. Живетъ онъ по царски: «иные цари такъ не живутъ, какъ я» — заявилъ онъ. Въ Харьковъ онъ пріѣхалъ потому, что очень любитъ этотъ городъ, постоянная же его резиденція Парижъ. Пріѣхалъ онъ недавно. Ъхалъ по 1000 верстъ въ часъ и ѣхалъ моремъ. Съ собою привезъ 200 французенокъ, за каждую заплатилъ по 5000 рублей, ходятъ они въ коротенькихъ юбочкахъ, пріѣхали въ брилліантовыхъ каретахъ на золотыхъ лошадяхъ. О красотѣ ихъ отзывается въ самыхъ циничныхъ выраженіяхъ, высказывая при этомъ немалое удовольствіе». Слѣдуетъ замѣтить, что весь этотъ рассказъ не представлялся въ видѣ цѣльнаго разсказа, а получился изъ ряда предложенныхъ ему вопросовъ.

Данный случай подходит къ прогрессивному параличу на сифилитической почвѣ и только полная безсвязность, отрывочность и нелогичность бреда позволяютъ отнести его къ ложному сифилитическому параличу.

Больной поступилъ въ клинику 23 апрѣля и ко дню выписки (25 іюня) умственная сфера его была въ такомъ же упадкѣ, какъ и при поступленіи; но бреда величія больной уже не высказывалъ, а сталъ молчаливымъ, вялымъ, въ разговоръ вступалъ неохотно. — Появилось недержаніе мочи.

Х. Больной А. А. Д—й, врачъ, 28 л., происходитъ изъ совершенно здоровой семьи, между членами которой не наблюдалось ни самоубійства, ни пьянства, ни какихъ либо нервныхъ или душевныхъ заболѣваній. — Родители въ кровномъ родствѣ не состояли; во время зачатія больного они были совершенно здоровы; отцу тогда было 30 л., матери 27. Въ тѣлесномъ и умственномъ отношеніи больной больше похожъ на отца. Больной родился своевременно; въ дѣтствѣ болѣлъ дифтеритомъ, имѣлъ ушибъ головы; былъ пугливъ и капризенъ. Умственные способности его были хорошія. Половое влеченіе впервые у него обнаружилось на 16 году; въ этомъ періодѣ не замѣчалось особенной перемены въ характерѣ. Въ юношескомъ возрастѣ больной отличался крѣпкимъ тѣлосложеніемъ. На 18 году перенесъ тифъ, а на 19 году заболѣлъ *сифилисомъ*. Въ первые годы пребыванія въ университетѣ больной былъ общителенъ, обнаруживалъ сочувствіе къ другимъ, доброту, склонность къ дружбѣ. На послѣднемъ же курсѣ въ характерѣ больного произошла рѣзкая перемена: такъ, напр., больной безъ всякой причины по временамъ становился мрачнымъ, раздражительнымъ, обидчивымъ, избѣгалъ общества, уходилъ куда-то, а дня черезъ два послѣ такого мрачнаго состоянія онъ возвращался въ кругъ своихъ товарищей и былъ по прежнему веселъ, добръ и общителенъ. На послѣднемъ же курсѣ больной, по словамъ товарища его, жаловался на болѣзненное состояніе и послѣднее даже послужило причиной, что больной отложилъ выпускные экзамены

на нѣкоторое время. Что касается образа жизни больного, то можно сказать, что онъ, будучи студентомъ, терпѣлъ матеріальныя лишенія; спиртные напитки употреблялъ, но мало; курилъ сильно, особенно во время выпускныхъ экзаменовъ; умственныя способности напрягалъ чрезмѣрно; въ половой жизни вообще наблюдались излишества. Въ 88 г. больной по окончаніи университета уѣхалъ въ городъ Б., гдѣ занимался частной практикой; послѣдняя была большею частью бесплатная и больной принужденъ былъ жить у своего зятя, который не разъ упрекалъ, что онъ еще не въ состояніи самостоятельно зарабатывать, что часто больного очень раздражало. 20 августа 89 года, послѣ одной изъ соръ со своими родственниками, съ больнымъ произошелъ истерическій припадокъ, послѣ чего больного *раздражительность* больше и больше увеличивалась до 4 сентября, когда вдругъ раздражительность исчезла, *больной сталъ ласковъ со всѣми, шутилъ; былъ необыкновенно веселъ*: онъ въ этотъ день рассказывалъ родственникамъ, что нашелъ себѣ богатую невѣсту и теперь въ деньгахъ не будетъ больше нуждаться, будетъ имѣть возможность держать при себѣ сестру и уплатить всѣмъ свои долги. Все это происходило у родственниковъ. Часовъ въ 10 вечера больной возвратился домой къ брату въ томъ же веселомъ настроеніи духа. Раздѣваясь, чтобы лечь спать, больной и брату своему рассказалъ о богатомъ приданомъ и богатой практикѣ. Въ этотъ же вечеръ онъ вспомнилъ свое дѣтство со всѣми подробностями до окончанія университетскаго образованія. Помолчавъ минутъ десять онъ всталъ съ постели и сказалъ, что слышитъ *голосъ*, исходящій отъ него самого, и говоритъ ему Богъ слѣдующія слова: «ты долженъ быть моимъ посломъ на землѣ, иди въ лечебницу и подходи къ больнымъ; лишь только ты коснешься ихъ плеча они тотчасъ будутъ исцѣлены отъ своего недуга. Ты ангелъ и у тебя будетъ невѣста тоже ангелъ. Съ нею ты понесешь ко мнѣ на облако и возсядешь одесную меня; ты скажешь и по твоему слову воздвигнется башня до небесъ, съ которой твоими устами я буду учить народъ нравственности, братству, раздѣленію богатствъ по ровну между всѣми людьми. Иди,—не стѣсняйся, что ты нагъ: ты

духъ и тебя никто не увидитъ!»! По словамъ самого больного онъ невольно повторялъ эти слова. Въ тотъ же вечеръ у него были галлюцинаціи зрѣнія: онъ видѣлъ очаровательныя картины, видѣлъ башню восходящую до небесъ. Въ три часа дня больному данъ былъ сульфоналъ, послѣ котораго онъ уснулъ и спалъ весь слѣдующій день. Проснувшись, онъ продолжалъ утверждать, что онъ ангелъ и что ему, вѣроятно, Богъ внушаетъ, что дѣлать и что говорить. Докторъ сталъ его убѣждать, что онъ такой же человѣкъ, какъ и всѣ и что это у него галлюцинаціи. Больной согласился съ мнѣніемъ доктора и началъ просить, чтобы его скорѣе отправили въ Харьковъ, такъ какъ у него сильное расстройство нервовъ, *память сильно ослаблена*, въ головѣ ощущаетъ «воспалительный процессъ». Всѣ дни съ 5-го (день припадка) по 13 сентября больной былъ спокоенъ, онъ уже не повторялъ, что онъ ангелъ, но сталъ *очень забывчивъ, неспособенъ къ умственнымъ занятіямъ*, обнаружилъ боязнь лишиться разсудка, жаловался на *головныя боли, головокруженіе и предсердечную тоску*. Сознывая, что съ нимъ что-то не ладное, больной настоятельно просилъ, чтобы отправили его въ Харьковъ для помѣщенія въ клинику.

Status praesens. Больной роста 175 сант., объемъ груди 86 сант., вѣсъ тѣла 3 п. 37 ф., тѣлосложенія умѣреннаго, кожа не представляетъ ничего ненормальнаго, подкожный слой слабо развитъ, мускулатура всего тѣла дрябла, кости скелета развиты правильно, волосы на головѣ рѣдкіе, каштановаго цвѣта, волосистость всего тѣла умѣренная. Наибольшая окружность черепа 55 сант.; затылочно-ушная линія 25; лобоушная 32,5; теменно-ушная 30; подбородочно-ушная 34; прямой діаметръ черепа 19; кривая отъ glab. до protub. occip. ext 31; поперечный діаметръ 16; правый косой 18,5; лѣвый косой 18,5; діаметръ основанія черепа 13,5 + 12; діаметръ высоты черепа 14; продольно-поперечный показатель 84,22; продольно-высотный показатель 73,68; высота лба 7 сант., ширина лба 21; діаметръ лба 12,5; форма головы округленная; уродливостей и неправильностей черепа нѣтъ. Типъ черепа по показателю Брока—брахиоцефалическій; лицо не чистое—мѣстами остались

знаки отъ бывшей оспы; слизистыя оболочки блѣдны; подвижность вѣкъ и глазъ нормальна; страбизмовъ нѣтъ, влажность и блескъ глазъ нормальны, зрачки расширены равномерно; первичная *реакція* нормальна, *вторичная ослаблена*, поле зрѣнія нормально, свѣто-ощущеніе сохранено. Что же касается остроты зрѣнія, цвѣто-ощущенія и офтальмоскопическихъ данныхъ, то ихъ нельзя было добыть; также не удалось изслѣдовать вкусовыхъ и обонятельныхъ ощущеній. *Подвижность мускуловъ лица ослаблена, чувствительность кожи лица въ высшей степени понижена*. Выраженіе лица грустное, сосредоточенное. Полость носа нормальна, языкъ чистый, *дрожитъ*, uvula и небо нормальны; зубы каріозны, величина и форма ушей умѣренная. Легкія при перкуссіи повсюду дали ясный легочный тонъ, аускультация также не обнаруживала никакихъ измѣненій. Границы сердца нормальны, тоны его чисты. Пульсъ твердый, полный—80 ударовъ въ минуту. Температура тѣла 37,5°. Печень и селезенка не увеличены. Кишечникъ вздутъ. Артеріальные и венозные сосуды безъ измѣненія. Мочи нельзя изслѣдовать, такъ какъ больной мочился подъ себя. *Мускулы мочевого пузыря и sphincter recti находятся въ паретическомъ состояніи*. Что касается до отправленія кишечника, то слѣдуетъ замѣтить, что у больного преобладаютъ *запоры*, продолжающіеся у него по нѣскольку дней. Аппетитъ плохой: ѣстъ мало и по принужденію. *Половая дѣятельность повышена*. Позвоночникъ по отношенію къ чувствительности, подвижности и строенію нормаленъ. Строеніе конечностей правильное, мускулатура ихъ дряблая; мышечная сократимость подъ вліяніемъ индуктивнаго и постоянного тока не показала особыхъ отклоненій. Тактильную чувствительность и температурное чувство не возможно было опредѣлить. Болевое чувство сильно ослаблено: при довольно глубокомъ уколѣ булавкой на лицѣ, рукахъ и ногахъ больной ничего не чувствовалъ. *Рефлексы* пателлярные *повышены*; осязательныхъ и болевыхъ рефлексовъ нельзя было изслѣдовать, вазомоторные—замедлены, но усилены. Динамометрія правой руки 45, лѣвой 37; потоотдѣленіе и слюноотдѣленіе нормальны. Сонъ хорошъ. *Рѣчь* медленная, неясная, паретическая; *письмо* съ зигзагами

и пропусками буквъ и слоговъ,—неровное, грязное и запачканное. Что касается психическаго состоянія больного, то прежде всего бросается въ глаза *апатія, подавленность и безразличное отношеніе ко всему окружающему*; на видъ онъ настолько занятъ самимъ собою и своимъ внутреннимъ міромъ, что трудно вывести его изъ этого состоянія. Личныхъ жалобъ нѣтъ ни какихъ, *вниманіе къ окружающей обстановкѣ сильно ослаблено*, тоже можно сказать и по отношенію къ способности воспріятія внѣшнихъ впечатлѣній: можно было войти въ комнату больного и онъ не обращалъ никакого вниманія; если же обращались къ нему съ вопросомъ то подыметъ голову и, ничего не отвѣтивъ, опять опуститъ ее. Походка медленная, вялая, на вопросы отвѣчаетъ не сразу, а послѣ нѣкоторой паузы и отвѣты коротки, тихи; иногда онъ ограничивается только тѣмъ, что посмотритъ на спрашивающаго, иногда не договариваетъ начатаго, иногда отвѣты сопровождаются полуулыбкой на лицѣ, совершенно лишенной всякаго выраженія. У больного замѣчаются иллюзіи и галлюцинаціи органовъ чувствъ; изъ галлюцинацій преобладаютъ зрительныя; больной видитъ какъ всѣхъ людей рѣжутъ, онъ вскакиваетъ на окна, чтобы посмотреть на трупы. *Способность припоминанія сильно ослаблена*; больной не помнитъ дней, чиселъ, мѣсяца; *сознаніе также нарушено*,—больной не знаетъ, гдѣ онъ находится.

Больной пробылъ въ клиникѣ пять мѣсяцевъ, проявляя полное слабоуміе. Всѣ усилія поддержать больного остались тщетными, и онъ скончался отъ истощенія.

XI. Больной А. Т. III—скій, 43 лѣтъ, мѣщанинъ, холостъ, родился когда отцу было 32, а матери 23; зачатіе больного произошло послѣ перенесенія отцемъ больного тифа. Ни предрасположенія къ туберкулезу и скрофулезу, ни потаторовъ, ни психическихъ больныхъ въ семьѣ и среди родственниковъ больного не было; родители его въ кровномъ родствѣ не состояли.—Больной родился своевременно. Въ дѣтствѣ у больного не было никакихъ болѣзненныхъ припадковъ и онъ не перенесъ никакихъ болѣзней.—До 13-ти-лѣтняго воз-

раста больной росъ въ домѣ отца, жившаго всегда въ достаткѣ; мальчикъ онъ былъ тихій и съ 8-ми лѣтъняго возраста началъ учиться. — 13-ти лѣтъ онъ былъ отвезенъ въ У. въ училище садоводства; учился онъ тамъ хорошо и охотно, но выбылъ изъ училища черезъ три года, получивъ выгодное мѣсто конторщика въ экономіи помѣщика, у котораго служилъ его отецъ. Когда впервые обнаружилось половое влеченіе, неизвѣстно, но началъ онъ его удовлетворять 17-ти лѣтъ отъ роду естественнымъ путемъ. — Никакихъ перемѣнъ душевной дѣятельности больного въ періодъ его полового развитія не произошло. Онъ не былъ никогда веселымъ малымъ, отличался всегда ровностью характера, жилъ скромно, былъ доволенъ своимъ мѣстомъ, хотя подумывалъ иногда, что хорошо бы и въ управляющіе попасть. — Здоровьемъ пользовался всегда прекраснымъ. 12 лѣтъ тому назадъ больной заразился *сифилисомъ*. Больной переносилъ всякія атмосферическія перемѣны и всякую діету; алкоголя ни въ какомъ видѣ не употреблялъ. — Бывалъ религіозенъ на столько, что главные напр. посты соблюдалъ. Курилъ очень мало. Съ мая 1887 года стали замѣчать всѣ близкіе, что больной сталъ *задумчивъ и несообщителенъ*; съ этого же времени у больного появилось *головокруженіе*, иногда съ *потерей сознанія*. — Послѣ одного изъ такихъ припадковъ оказался *парезъ правой руки и ноги*. Эпилептический припадокъ случился съ нимъ въ сентябрѣ 87 г., когда онъ возвращался съ поля домой; больного снесли въ домъ, онъ пролежалъ минутъ 10 въ безсознательномъ состояніи, потомъ всталъ и ходилъ по комнатѣ, послѣ чего парезъ руки и ноги выразился очень рѣзко, — выступило ясно и *явленіе афазіи*; потомъ въ октябрѣ и ноябрѣ было по 2 не столь тяжкихъ припадковъ. — Съ мая мѣсяца у больного стала *ослабѣвать память*, и онъ самъ сталъ замѣчать, что способность его къ исполненію служебныхъ обязанностей падаетъ; съ того же времени стало проявляться *это безразличное, пустое настроеніе духа*, необъяснимое для самого больного, хотя и сознаваемое имъ. — Уже въ продолженіи почти двухъ лѣтъ до апрѣля 87 года больного мучили *головныя боли*, исходившія будто изъ глубины головного мозга, и боли въ ногахъ. Сонъ у

больного бывалъ то плохой, то продолжительный и крѣпкій; аппетитъ всегда хорошій; давно уже замѣчалась склонность къ запорамъ, а въ послѣдніе мѣсяцы obstipatio alvi продолжаетъ по 4—5 дней.

Status praesens. Больной роста 168 с., крѣпкаго тѣлосложенія съ превосходно развитой мускулатурой и подкожной клѣтчаткой; вѣсъ тѣла 5 пуд. Фигура его съ страннымъ, на первый взглядъ, наклономъ вправо, такъ что правое плечо значительно ниже лѣваго.—Въ лимфатической системѣ его никакихъ уклоненій отъ нормы не замѣтно; костный скелетъ развитъ правильно; лобные бугры и обѣ ключицы патологическихъ измѣненій не представляютъ; обѣ cristae tibiae бугристы.—На кожѣ праваго бедра и правой голени, потомъ на лѣвомъ бедрѣ на задней поверхности нижней трети его находится нѣсколько небольшихъ атрофическихъ рубцовъ. Волосы на головѣ рѣдкіе, борода густая, лобъ морщинистый, движеніе вѣкъ нормально; гита oculi съ *наклономъ направо; правая половина лица*, начиная съ угла праваго глаза сглажена и будто *припухла* съ сглаженной носогубной складкой; лѣвая половина лица нормальна; ротъ закрывается хорошо; *подвижность мускуловъ* правой половины *лица понижена*; при попыткѣ свиснуть, губы не такъ складываются, какъ слѣдуетъ, и свистъ не удается; выраженіе лица мрачно-безразличное; глаза нормальнаго блеска и подвижности; небо нормально, язычекъ отклоненъ вправо, языкъ обложенъ сѣроватымъ налетомъ; высунутый языкъ *дрожитъ фибриллярно* въ правой половинѣ; у кончика его 3 рубца; величина ушей нормальна, форма ихъ правильна, отоскопія ничего ненормальнаго не показала; острота слуха праваго уха 40 сант., лѣваго 20. Слухъ черезъ черепъ сохраненъ. Вкусовые и обонятельныя ощущенія сохранены и, повидимому, не извращены. Рѣчь неясна. Шея толстая, короткая. Границы легкихъ въ предѣлахъ нормы. Перкуссія и аускультация ничего ненормальнаго не дала. Печень и селезенка въ предѣлахъ нормы. Дыхательныя экскурсіи одинаковы на обѣихъ сторонахъ груди. Динамометрія правой руки 30; лѣвой 50. Движенія правой рукой ослаблены: свободно поднимаетъ руку только впередъ; впередъ и вверхъ съ трудомъ; въ сторону прямо съ трудомъ; въ сторону и вверхъ не можетъ, движенія

назадъ едва, едва замѣтны; ротаторныя движенія удаются съ трудомъ, движенія правой ногой во всѣ стороны существуютъ, но ограничены. Область живота нормальна. Сосудистая система склерозирована. Сфинктеры мочевого пузыря и прямой кишки не поражены. Правая нога при хожденіи больного нѣсколько волочится за нимъ. Мышечная сократимость подъ вліяніемъ постоянного и фарадическаго тока не выходитъ изъ предѣловъ нормы. Тактильная чувствительность, температурное чувство и болевое сохранены; рефлексъ пателлярные повышены; рефлексъ подошвенный и stemaster'a нормальны. Потоотдѣленіе и слюноотдѣленіе нормальны. Кожа тѣла нормальнаго цвѣта, но правая кисть руки и правая стопа нѣсколько ціанотичны. Субъективныя жалобы отсутствуютъ,—изъ распросовъ же видно, что у больного головныя боли, которыя доводятъ его иногда до *обморока*. Со стороны умственной и нравственной жизни наблюдаются слѣдующія уклоненія: *вялость, безразличіе, неопредѣленность и апатія ко всему; легкая утомляемость; вниманіе къ самому себѣ и къ окружающей обстановкѣ понижено; память ослаблена*. Галлюцинацій и иллюзій нѣтъ; бредовыхъ идей и фиксированныхъ или насильственныхъ представленій нѣтъ. *Ассоціація представленій медленная, недостаточная, ходъ представленій замедленъ*. Сложеніе и вычитаніе съ мелкими числами ему дается съ трудомъ. Цѣльной мысли почти совершенно не удается изъ него выжать. О чемъ бы съ нимъ не говорили, онъ одинаково неохотно отвѣчаетъ и всегда однимъ или двумя словами. Его ни что и никто теперь не интересуетъ; у него нѣтъ никакой привязанности къ кому либо изъ родныхъ или близкихъ. Больной то сидитъ цѣлыми часами на одномъ мѣстѣ, то ходитъ по залу, то лежитъ въ постели. Письмо не разборчиво, буквы неровны, представляетъ зигзаги, кляксы, многихъ слоговъ не достаетъ.

Больной пробылъ въ клиникѣ съ 4-го февраля по 5-е марта 1888 года и въ этотъ періодъ, подъ вліяніемъ энергичныхъ ртутныхъ втираній и большихъ приемовъ іодистыхъ препаратовъ, можно было замѣтить слѣдующую перемѣну: походка стала значительно луч-

ше, чѣмъ была при поступленіи движенія руки также стали гораздо лучше, динамометрія правой руки съ 30 давала 50; самочувствіе больного не имѣло угнетеннаго оттѣнка; головныя боли появлялись рѣже.

ХІІ. Больной Н. С. У—скій, 43 лѣтъ, дворянинъ, по профессіи акцизный чиновникъ, имѣетъ нейропатологическую наслѣдственность, именно: отецъ его былъ мраченъ, угрюмъ, несообщителенъ, крутого нрава и умеръ на 51 году отъ апоплектического удара. Мать больного была женщина физически очень слабая, жирная, покорная, очень нервная, съ 38 лѣтъ своей жизни вся постоянно дрожала. Такими же качествами отличалась и младшая сестра больного, похожая во всѣхъ отношеніяхъ на свою мать. На мать похожъ и больной какъ по физическимъ своимъ качествамъ, такъ по умственнымъ и нравственнымъ. 3 брата и 2 сестры больного вполне здоровы. Разница въ лѣтахъ отца и матери была значительна, такъ что во время зачатія больного отцу было 34 года, а матери 22. Въ кровномъ родствѣ родители не состояли. Во время беременности больнымъ мать была вполне здорова. Роды у нея наступили своевременно, протекали вполне нормально. Въ дѣтствѣ у больного никакихъ мозговыхъ припадковъ не наблюдалось. Только въ 3 года больной началъ говорить и ходить, причемъ ноги его оказались кривыми, служа выраженіемъ рахитизма. Въ этомъ же раннемъ дѣтствѣ больной перенесъ корь и скарлатину. Ребенкомъ онъ былъ пугливымъ, нервнораздражительнымъ, капризнымъ, плаксивымъ, склоннымъ къ гнѣву. Физическое и умственное развитіе сначала нѣсколько отстало, но потомъ выправилось и шло почти соотвѣтственно возрасту больного. Умственныя способности были посредственныя. Учился въ гимназіи хорошо; съ гимназической же скамьи началъ курить и курилъ усиленно. По окончаніи гимназіи на 17-мъ году жизни больной поступилъ въ п—скій университетъ на юридическій факультетъ. Университетская жизнь протекла съ обычными нарушеніями всѣхъ правилъ гігіены. Половое влеченіе, появившееся еще на 16 году жизни, во время студенчества удовлетворялось самымъ неумѣреннымъ образомъ, сопровождаясь

неизбѣжными эксцессами in Baccho. Вообще, кутежъ и попойки больной любилъ и предавался имъ всегда со страстью и пыломъ молодости. На 24 году жизни имѣлъ *сифилисъ* со всѣми явленіями будоновъ и сыпей, отъ котораго очень мало и небрежно лечился. Умственные способности въ ту пору были развиты неравномерно: замѣчалось преобладаніе воображенія и фантазіи надъ разсудкомъ, чему особенно способствовало броженіе умовъ среди 1860 годовъ. Польскій мятежъ 1863 года вовлекъ и нашего больного въ бѣду, заставивъ испытать сильное нравственное потрясеніе: его засадили въ Петропавловскую крѣпость за участіе въ бунтѣ и приговорили къ смертной казни, но затѣмъ онъ былъ помилованъ. Какъ это обстоятельство, такъ и разстраивающіяся дѣла отца по имѣнію вынудили больного выйти съ 3-го курса изъ университета и уѣхать къ себѣ въ имѣніе, гдѣ больной сталъ заниматься сельскимъ хозяйствомъ. Этотъ періодъ былъ началомъ возмужалаго возраста больного. Въ это время больной имѣлъ впалую грудь, неразвитые мускулы, былъ худъ. Въ этотъ періодъ жизни онъ болѣлъ дифтеритомъ, страдалъ лишаями и лихорадкой. Съ этого же времени у больного наступило сильное постоянное дрожаніе обѣихъ верхнихъ конечностей, особенно въ вытянутомъ ихъ положеніи, явилась склонность къ бреду и галлюцинаціямъ во время лихорадочныхъ заболѣваній; кромѣ того больной сталъ очень мнительнымъ, подозрѣвая у себя слабость груди,—обнаруживалъ склонность къ плачу, безъ достаточнаго повода къ этому. При содѣйствіи вліятельныхъ родственниковъ больной получилъ мѣсто въ акцизномъ вѣдомствѣ, мѣсто сопряженное съ постоянными разъѣздами по винокурненнымъ заводамъ и съ веденіемъ цифровой отчетности по винокурению. 12-тъ лѣтъ тому назадъ больной страдалъ *ischias*, отъ котораго употреблялъ морфій до морфинизма. 7—8 лѣтъ тому назадъ вступилъ въ гражданскій бракъ и, по словамъ больного, былъ счастливъ въ своей семейной жизни. Половыми наслажденіями въ первое время брака злоупотреблялъ. Дѣтей отъ этого брака не было. 6 лѣтъ тому назадъ получилъ ушибъ головы при столкновеніи желѣзнодорожныхъ поѣздовъ. 2 года тому назадъ у

больного была рожа на головѣ. Съ марта 1887 года страдалъ сильными *запорами*, разрѣшавшимися или при помощи клизмъ, или при помощи слабительныхъ. Прошлымъ лѣтомъ (1887 г.) ѣздилъ въ Крымъ лечиться отъ общаго нездоровья. Существующая болѣзнь развилась постепенно почти незамѣтно и лишь за три мѣсяца до рѣзко выраженнаго проявленія больной началъ обнаруживать *ослабленіе* и безъ того несильной *памяти*, *мрачное* безпричинно *настроеніе духа*, сильную *раздражительность* и легкую вообще нервную возбудимость, а также и *затрудненіе рѣчи*. Больной при такомъ состояніи все-таки продолжалъ исполнять свои обязанности акцизнаго надзирателя, хотя часто жаловался, что ему тяжело было работать, такъ какъ онъ сталъ одержимъ, «болѣзнью нервовъ». Въ это то время у больного появились *сильныя головныя боли*, нападала часто *тоска*, пропала охота къ труду; *сонъ* сталъ очень *плохой*; больной совсѣмъ мало началъ ѣсть, хотя до этого любилъ покушать. Послѣ бодро и весело проведеннаго дня, въ 2 часа ночи съ 5-го на 6-е октября 1887 года съ больнымъ случился апоплектиформенный приступъ, выразившійся такимъ образомъ: больной быстро повалился съ постели, съ явлениями судорогъ въ мышцахъ головы, и съ полной потерей сознанія. Судороги продолжались около 10 минутъ, безсознательное же состояніе длилось до 6 часовъ утра. Какъ только больной пришелъ въ себя, сей часъ же обнаружилась полная потеря памяти. Въ 10 часовъ утра слѣдующаго дня больной уже лежалъ въ постели, называлъ свою сожительницу «Матерью Божіей», молился на нее, билъ себя при этомъ въ грудь, становился на колѣни и говорилъ на польскомъ языкѣ въ религіозномъ духѣ. Такое состояніе длилось до слѣдующаго дня, когда больной началъ говорить на русскомъ языкѣ, но уже совершенно безмысленно, причемъ лаялъ по собачьи, рычалъ и оскаливалъ зубы, чѣмъ навелъ панику на окружающихъ; вслѣдствіе этого былъ помѣщенъ сначала въ лечебницу О., а затѣмъ переведенъ въ клинику проф. Ковалевскаго.

Status praesens. Больной роста 190 с., крѣпкаго тѣлосложенія. Окружность основанія груди 90 см. Вѣсъ тѣла 4 п. 37¹/₂ ф. Больной умѣренно упитанъ и ма-

локровень. Волосы на головѣ темнорусые, рѣдкіе; волосистость всего тѣла незначительна. Наибольшая окружность черепа 59 снт.; затылочно-ушная линия 15 снт.; лобно-ушная 16; темянно-ушная 20; подбородочно-ушная 17; прямой діаметръ черепа 20,5 снт.; кривая отъ glab. до protub occip. ext 35; поперечный діаметръ 16,5 правый косой 17,5; лѣвый косой 17,5; діаметръ основанія черепа 13,5+13. Продольно-поперечный показатель 81,5; продольный высотный 74,0. Высота лба 8; ширина лба 19; діаметръ лба 14,5; форма головы правильная; уродливостей и неправильностей черепа не наблюдается. Типъ черепа по показателю Вгоса субдолихоцефалической. Лицо чистое, болѣзненное. Слизистыя оболочки блѣдны; подвижность вѣкъ нормальна, тоже можно сказать и о подвижности глазъ, ихъ влажности и блескѣ. Зрачки въ обоихъ глазахъ нормальной величины и равномерно расширены; первичная и вторичная реакція ихъ существуетъ. Поле зрѣнія въ обоихъ глазахъ не ограничено и не представляетъ дефектовъ. Острота зрѣнія нормальная; свѣто и цвѣто-ощущеніе сохранено вполнѣ. Подвижность мускуловъ лица существуетъ, а въ окружности рта наблюдаются *подергиванія* расположенныхъ въ этой области *мускуловъ*, особенно замѣтныя при раздражительномъ состояніи больного. Чувствительность кожи лица сохранена въ нормальной степени. Выраженіе лица обыкновенно угрюмое, мрачное, сосредоточенное, напряженное. Полость носа чиста; въ ней никакихъ особенныхъ измѣненій не наблюдается. *Языкъ* чистъ, блѣденъ и *дрожитъ* *всею* *своею* *толщею* при высовываніи. Язычекъ заостренъ имѣетъ коническую форму, расположенъ совершенно симметрично. Вкусовые и обонятельныя ощущенія не извращены. Небо на всемъ своемъ протяженіи не представляетъ никакихъ измѣненій. Зубы цѣлы и почти всѣ покрыты черноватымъ налетомъ. Сильный foetus ex oge. Величина и форма ушей нормальна. Бой часовъ карманныхъ какъ правымъ, такъ и лѣвымъ ухомъ больной слышитъ на разстояніи сажня. Слухъ черезъ черепъ сохраненъ, шейныя и паховыя лимфатическія железы увеличены. Границы легкихъ въ предѣлахъ нормы. Аускультация ихъ дала отрицательный результатъ. Границы сердца также нормальны;

аускультация не открываетъ никакихъ нарушеній въ сердечной дѣятельности. Пульсъ синхрониченъ въ обѣихъ лучевыхъ артеріяхъ, умѣренной силы и напряженности, частота его 72 уд. въ 1'. Температура тѣла 37,5°C. Печень изъ за края реберъ не выходитъ. Ощупываніе печени безболѣзненно и не указываетъ ни на какія измѣненія на поверхности. Границы селезенки нормальны. Область живота представляется не измѣненной. Суточное количество мочи 1500 к. снт., блѣдно-желтаго цвѣта, уд. в. 1017, кислой реакціи, бѣлка, сахара и форменныхъ элементовъ въ ней нѣтъ. Функционируютъ мочевой пузырь и прямая кишка вполне нормально. Половая дѣятельность не нарушена. Въ строеніи позвоночника не наблюдается ни какихъ патологическихъ уклоненій; чувствительность и подвижность его нормальны. Строеніе верхнихъ конечностей равномерно и пропорціонально по отношенію къ туловищу; мускулатура ихъ хорошо развита. Нижнія конечности на обѣихъ голеняхъ представляютъ сплошные рѣзко тimentированные рубцы отъ бывшихъ на этихъ мѣстахъ язвъ, ступня 8 лѣтъ, послѣ сифилиса. Тактильная чувствительность кожи повышена; температурное чувство нормально; болевое чувство значительно повышено: при легкомъ уколѣ булавкой въ области ягодичной больной сильно кричитъ; чувство мѣста сохранено. Сухожильные рефлексy правой ноги совершенно отсутствуютъ, а на лѣвой ногѣ сильно понижены. Рефлексъ cremaster'a отсутствуетъ, брюшной же сохраненъ; болевые рефлексy значительно повышены; осязательные и вазомоторные рефлексy измѣненій не представляютъ. Динамометрія правой руки 65, лѣвой 70. Потоотдѣленіе и слюноотдѣленіе нормальны. Кожа на ощупь представляется упругой, эластичной, — въ области нижнихъ конечностей замѣтно расширение кожныхъ венъ. Подкожный жировой слой умѣренно развитъ. Мускулатура всего организма хорошо развита. Въ верхнихъ конечностяхъ, въ мускулахъ языка и въ мускулахъ туловища замѣтно значительное дрожаніе, при чемъ дрожаніе это массовое, не частичное, не фибриллярное. Кости скелета правильно сформированы. Больной мало спитъ и встаетъ въ 3—4 часа утра. Appetitъ усиленъ въ значительной степени, доходя даже до прожорства:

позавтракавъ больной требуетъ себѣ новой порціи, за которую онъ принимается съ прежнимъ удовольствіемъ; съ подобнымъ же аппетитомъ больной уничтожаетъ и слѣдующій за этимъ обѣдъ. Отправленія кишечника нормальны: почти ежедневно бываетъ стулъ. Больной по временамъ жалуется на головныя боли, головокруженія, разстройство нервовъ и сильныя боли въ ногахъ. *Вниманіе* больного къ окружающей обстановкѣ *ослаблено*. Онъ кажется постоянно погруженнымъ въ свои какія то думы и бродитъ безцѣльно по комнатамъ, не обращая почти никакого вниманія на происходящее вокругъ него. Способность *воспріятія внѣшнихъ впечатлѣній ослаблена*, но въ незначительной степени. Проводимость воспринятыхъ внѣшнихъ впечатлѣній сохранена. Въ сознаніи больного иногда появлялись ощущенія ошибочныя и извращенныя и притомъ чаще въ области зрѣнія. Существуютъ также и ложныя ощущенія—галлюцинаціи въ области слуха: больной однажды ночью выскочилъ въ корридоръ раздѣтый и взволнованный, увѣряя, что онъ слышитъ отчаянный крикъ женщины, молящей о спасеніи. Образование представленій на основаніи воспринимаемыхъ ощущеній происходитъ медленно и вяло. *Количество представленій значительно ограничено*, вслѣдствіе съ одной стороны, пониженія способности воспріятія внѣшнихъ впечатлѣній, а съ другой, вслѣдствіе дефектовъ въ области припоминанія. Въ силу такого уменьшеннаго образования представленій, а также ограниченнаго возникновенія ихъ въ сознаніи, *ходъ представленій у больного замедленъ*. Въ качественномъ отношеніи *представленія измѣнены*: они *неясны, неточны, неотчетливы, смутны и сбивчивы* вслѣдствіе неясности и неточности ощущеній. У больного существуютъ ошибочныя представленія о мѣстѣ, времени, пространствѣ и окружающихъ лицахъ. Есть у больного и ложныя представленія: ему по временамъ кажется, что его оскорбляютъ, преслѣдуютъ и въ то же время онъ считаетъ себя въ чемъ то и передъ кѣмъ то виноватымъ. Ассоціація представленій нарушена: она замедлена и съ дефектами. Присутствіе насильственныхъ и фиксированныхъ представ-

лений и не обнаружено. Ни одна область мыслительной дѣятельности такъ сильно не поражена въ данномъ случаѣ, какъ способность *запоминанія*, равняющаяся нулю. Воспринимаемая внѣшнія впечатлѣнія быстро исчезаютъ изъ поля сознанія, не оставляя по себѣ никакихъ слѣдовъ. Дѣло доходитъ даже до того, что больной совершенно забываетъ, что онъ нѣсколько часовъ тому назадъ, а иногда и нѣсколько минутъ видѣлъ, говорилъ и дѣлалъ. Чиселъ, названій мѣсяца и времени года онъ совершенно не помнитъ и черезъ минуту забываетъ если ему объ этомъ скажутъ. Плохо знаетъ свою комнату: обыкновенно попадаетъ въ другія, гдѣ и располагается какъ въ своей; часто блуждая по корридору около своей комнаты, онъ проситъ служащаго проводить его въ его комнату. Замѣтна одна особенность ослабленія памяти: память почти совершенно утрачена относительно извѣстныхъ фактовъ и остается почти нетронутою относительно другихъ, а именно при рѣзкой потерѣ способности запоминанія, способность припоминанія лишь ослаблена. Сознаніе окружающей обстановки у него отсутствуетъ. Сужденія неправильныя, а подчасъ и просто безсмысленныя, при чемъ больной часто не договариваетъ своихъ мыслей. Больной почти всегда находится въ мрачномъ настроеніи духа: выраженіе угрюмости, замкнутости, сосредоточенности въ самомъ себѣ и озабоченности почти не сходитъ съ его лица; по временамъ же онъ становится раздражительнымъ и злымъ. По временамъ на него находитъ грустное настроеніе духа и онъ по цѣлымъ часамъ плачетъ совершенно безпричинно. *Нравственное чувство* больного *понижено* въ сильной степени. Больной ночью спитъ плохо отчасти вслѣдствіе бессонницы, а отчасти потому, что онъ много спитъ днемъ. *Рѣчь* больного не ровная, отрывистая, а при возбужденіи въ рѣчи замѣтны становятся затрудненіе, остановки, заминаніе и слабое заиканіе, при чемъ рельефно обнаруживается и дрожаніе верхней губы въ видѣ подергиваній.

Больной пробылъ въ клиникѣ съ 19 марта по 13 іюля 1888 г. и былъ выписанъ въ такомъ же состояніи, какъ и поступилъ.

ХІІІ. Больной И. Ф. З—скій, лѣсничій, 35 лѣтъ отъ роду, православный, женатъ. Родился въ М—ской губ.; жилъ онъ тамъ до 12 лѣтъ и послѣдніе 2 года пребыванія тамъ посѣщалъ уѣздное училище. 13-ти лѣтъ поступилъ въ В—ское реальное училище, по окончаніи котораго былъ принятъ въ Петровскую академію. Всегда онъ пользовался хорошимъ здоровьемъ и, за исключеніемъ кори, въ юности не страдалъ ни какими серьезными болѣзнями. Имѣя 21 годъ отъ роду *заразился сифилисомъ*; больной тогда пользовался ртутными втираніями и ваннами. Въ 79 году больной кончилъ академію и сейчасъ же получилъ мѣсто лѣсничаго. Въ этой должности ему пришлось вести кочевую жизнь. Служилъ онъ въ разныхъ губерніяхъ, переѣзжая изъ одной деревни въ другую. Въ 1885 г. больной женился и поселился въ М—ской губ., гдѣ и жилъ послѣднее время почти безвыѣздно. По словамъ жены больного, въ то время какъ она съ нимъ познакомилась, да и въ первые 3—4 года ихъ супружеской жизни, больной пользовался хорошимъ здоровьемъ, характера былъ веселаго, общительнаго, любилъ много говорить, шутить. Среди товарищей и сослуживцевъ онъ пользовался хорошимъ именемъ. Къ своимъ служебнымъ обязанностямъ онъ относился очень добросовѣстно и честно, вмѣстѣ съ тѣмъ всегда интересовался литературой, общественной жизнью и политикой; выписывалъ и читалъ газеты и журналы, жаждалъ общества, жаловался на скуку, на отсутствіе въ деревнѣ общества, гдѣ онъ могъ бы хотя на время развлечься и позабыть свои однообразныя ежедневныя занятія. Семейникомъ больной былъ очень хорошимъ; въ свободное отъ занятій время онъ всегда бывалъ дома и проводилъ вмѣстѣ съ женой. Семейныя разногласія очень рѣдко происходили у нихъ. Хозяиномъ онъ былъ очень гостепріимнымъ, всегда очень любезно принималъ посѣщавшихъ его. Но года полтора тому назадъ жена больного стала замѣчать *перемѣну*, какъ въ *характерѣ*, такъ и въ отношеніяхъ его къ окружающимъ. Прежде человекъ веселый, общительный, разговорчивый и даже болтливый вдругъ сталъ *неразговорчивымъ, молчаливымъ и угрюмымъ*; самъ онъ не начиналъ какъ прежде разговора, а отвѣчалъ только на вопросы и то неохотно и вяло.

Сталъ повидимому, усерднѣе заниматься дѣлами службы, *недовѣрчиво относился къ своимъ служащимъ, самъ перечитывалъ и пересматривалъ доклады, отношенія и даже самыя маловажныя бумаги, чего раньше не бывало; пересталъ заботиться о себѣ, забывалъ обѣды, почти цѣлые дни просиживалъ въ своемъ кабинетѣ, роясь въ бумагахъ и если бы жена не отрывала его отъ занятій, то онъ, по ея словамъ, и не выходилъ бы изъ своего кабинета; къ прежнимъ интересамъ въ больномъ стало мало по малу замѣчаться охлажденіе; все, что, помимо служебныхъ занятій, прежде интересовало его,—теперь перестало занимать и онъ уже не выписывалъ и не читалъ ни газетъ, ни журналовъ. Общество ужъ не составляло для него необходимости и въ отношеніяхъ къ товарищамъ, друзьямъ и знакомымъ его стала замѣчаться значительная перемѣна; если кто нибудь навѣщалъ его, то больной ужъ не обращалъ никакого вниманія на нихъ и очень часто преспокойно уходилъ къ себѣ въ кабинетъ, не сознавая, что поступаетъ неприлично. Точно также находясь въ гостяхъ, онъ не принималъ никакого участія въ разговорѣ; одинъ разъ напр., будучи въ гостяхъ, онъ все время просидѣлъ одиноко въ углу общей залы, перелистывая журналъ «Ниву» и никакого вниманія не обращалъ на присутствующихъ. Такое же безразличіе сталъ проявлять и по отношенію къ близкимъ людямъ, какъ женѣ, дѣтямъ и матери; больной сталъ чуждаться жены и дочери; если послѣдняя подходила къ нему и заговаривала, то случалось, что больной не только не отвѣтитъ ей, но даже и не посмотритъ, сколько времени она не стояла бы передъ нимъ и не говорила. Одновременно съ этой перемѣной въ характерѣ и привычкахъ больного, на ряду съ безразличіемъ и равнодушіемъ его къ окружающей обстановкѣ, служебнымъ и личнымъ дѣламъ, въ немъ стали замѣчаться и нѣкоторыя другія разстройства. На первомъ планѣ въ этомъ отношеніи стоитъ *ослабленіе памяти*, какъ запоминанія, такъ и припоминанія. Онъ сталъ забывать событія своей прежней жизни, и, если помнилъ еще крупныя факты по мелочи очень смутно припоминалъ и очень затруднялся въ опредѣленіи времени и другихъ подробностей; къ

этому постепенно присоединилось *разстройство рѣчи: языкъ* больного сталъ во время разговора какъ то съ трудомъ поворачиваться, словъ иногда не договаривалъ. Дошло до того, что когда жена попросила больного прочесть вслухъ какую то книгу, онъ въ продолженіи 10 минутъ не могъ прочесть ни слова. Всѣ вышеописанныя разстройства усиливались и въ послѣднее время, больной совсѣмъ пересталъ интересоваться дѣлами службы; если онъ и ходилъ въ канцелярію, читалъ и подписывалъ разныя бумаги, то дѣлалъ это по привычкѣ, автоматически, потому только, что ему подсовывали разныя дѣла. *Въ письмѣ* его стали встрѣчаться разныя *несообразности*. Помимо того, что онъ *сталъ писать неразборчиво* и письмо было съ кляксами и помарками, онъ дѣлалъ пропуски буквъ и слоговъ. Ошибки и разныя другія нечѣпости, которыя попадались въ его докладахъ, вызывали не однократныя замѣчанія какъ со стороны сослуживцевъ, такъ и со стороны высшаго начальства. Послѣднее и заставило его взять отпускъ и ѣхать лечиться. Самъ больной чувствуетъ себя вполнѣ здоровымъ; жалуется только на то, что въ послѣдній годъ на него часто находитъ какой то *столбнякъ*; въ головѣ у него происходитъ тогда какая то *путаница* и онъ не въ состояніи ни сообразить, ни думать что нибудь. Нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ, во время пребыванія его въ Харьковѣ, онъ былъ въ казначействѣ; тамъ съ нимъ сдѣлалось *дурно*, у него *закружилась голова* и онъ упалъ *безъ чувствъ*. Происходитъ больной отъ вполнѣ здоровыхъ родителей. Въ семьѣ его не было ни какихъ душевныхъ заболѣваній, ни пороковъ, ведущихъ наследственно къ психическимъ заболѣваніямъ.

Status praesens. Больной роста 168 сант., средняго тѣлосложенія; объемъ груди 88 сант., вѣсъ тѣла 4 пуда. Подкожный жирный слой и мускулатура развиты достаточно, слизистыя оболочки блѣдны, анемичны; костная система, кромѣ *экзостоза* на верхней части лѣвой голени, не представляетъ уклоненій въ устройствѣ; уродливостей и неправильностей черепа не наблюдается. Наибольшая окружность черепа 55 сант., затылочно-ушная линія 28 сант., лобо-ушная линія 30 сант., теменно-ушная 34 сант., подбородочно-ушная 32 сант.,

прямой діаметръ черепа 19 сант., кривая отъ glab. до protub. occip. ext. 34 сант., поперечный діаметръ 14 сант., правой косою 17,5 сант., лѣвой косою 18 сант., діаметръ основанія черепа 11+12 сант., діаметръ высоты черепа 17 сант., продольно-поперечный показатель—78,3 сант., продольно-высотный—88,3 сант., высота лба 5 сант., ширина лба 17 сант., діаметръ лба 12,5 сант.; форма головы округленно-овальная. Лице блѣдное, одутловатое; *правый уголь рта* стоитъ ниже лѣваго. Подвижность вѣкъ нормальна, подвижность глазъ также нормальна, страбизмовъ нѣтъ. Влажность и блескъ глазъ слегка усилены. *Правый зрачекъ шире лѣваго*, первичная и вторичная реакція сохранены, но слабо выражены. Подвижность мускуловъ лица ослаблена. Полость носа не представляетъ никакихъ особенностей; со стороны *языка* замѣчается *сильное фибриллярное и тотальное дрожаніе* его; язычекъ не гипермированъ; *на мягкомъ небѣ* съ лѣвой стороны виденъ втянутый *рубецъ*. Зубы цѣлы, чисты. Величина и форма ушей не отстываетъ отъ нормы; при отоскопіи ничего ненормальнаго не найдено. Область шеи не представляетъ никакихъ особенностей. Лимфатическія желѣзы ясно прощупываются. Органы грудной и брюшной полости ничего патологическаго не представляютъ. Мускулатура мочевого пузыря и прямой кишки нормальна. Свѣто и цвѣто-ощущеніе нормальны. Обонятельныя и вкусовыя ощущенія сохранены, но ослаблены. Чувствительность кожи лица сохранена, но слегка понижена, тактильная чувствительность кожи нормальна. Температурное чувство понижено, больной вяло реагируетъ какъ на холодъ, такъ и на тепло и затрудняется сказать, гдѣ холодъ ощущаетъ и гдѣ тепло. Болевое чувство въ предѣлахъ нормы. Сухожильный пателлярный рефлексъ нормальный, подошвенный ослабленъ. Мускульные рефлексы нѣсколько понижены. Осязательные нормальны; вазомоторные тоже ясно выражены; болевые слегка понижены. Динамометрія правой руки 67 сант., лѣвой 62 сант. Потоотдѣленіе и слюноотдѣленіе нормальны. Въ отравленіяхъ кишечника замѣчается наклонность къ запорамъ. Мочеотдѣленіе правильно; количество мочи 1050 к. снт., уд. в. 1016; желтаго цвѣта, кислой реакціи,

бѣлка и сахара не содержитъ. Выраженіе лица у больного равнодушное, апатичное, движенія его вялы, медленны, голова большею частью опущена; взглядъ безразличный, тупой, неподвижный. Разговариваетъ онъ мало, неохотно, среди фразы часто останавливается, при этомъ видно, что онъ старается что то припомнить, что то сообразить и съ трудомъ наконецъ доканчиваетъ фразу, чаще же останавливается на полфразѣ. Иногда онъ совсѣмъ не отвѣчаетъ на вопросы и какъ будто не замѣчаетъ, что съ нимъ разговариваютъ, такъ что часто приходится нѣсколько разъ и настойчиво повторить тотъ-же вопросъ, прежде чѣмъ онъ обратитъ вниманіе на спрашивающаго. Во время разговора замѣчается *дрожаніе угловъ рта* и затрудненное движеніе языка, вслѣдствіе чего *рѣчь* представляется *затруднительной* и *неясной*. Въ *рѣчи* нѣтъ никакой логичности и послѣдовательности: она безсодержательна и бессмыслена. *Количество представленій* чрезвычайно *ограничено*, существующія представленія въ высшей степени туманны; ходъ и ассоціація представленій почти отсутствуютъ. *Сообразительность* его также крайне *незначительна*, не можетъ сказать сколько 2×2 . *Способность запоминанія и припоминанія* значительно *ослаблены*. Очень часто онъ быстро забываетъ съ кѣмъ говоритъ и о чемъ говоритъ. *Вниманіе* къ окружающей обстановкѣ, къ людямъ, къ самому себѣ — чрезвычайно *ослаблено*. Больной *неряшливъ*, пиджакъ его постоянно выпачканъ, изъ носа иногда вытекаетъ жидкость, послѣ ѣды не вытираетъ губъ и на бородѣ и усахъ его остаются остатки пищи. Что было сказано о *рѣчи*, тоже можно сказать и о *письмѣ*. Пишетъ больной очень медленно, причемъ рука его дрожитъ; почеркъ неровный, одна буква больше или меньше другой. Среди слова часто останавливается, не зная, какъ дальше писать, или какъ пишется та или другая буква, причемъ онъ дѣлаетъ массу пропусковъ буквъ и цѣлыхъ слоговъ. Помарки и кляксы на каждомъ шагу.

Больной пробылъ въ клиникѣ почти пять мѣсяцевъ (съ 29 сентября 1890 года по 15 февраля 1891 года). Вскорѣ уже послѣ поступленія больной сталъ ожив-

леннѣе и общительнѣе, у него обнаружилась большая склонность къ наблюденію за бильярдной игрой, онъ съ большимъ интересомъ слѣдилъ за счетомъ сдѣланныхъ шаровъ и спустя два мѣсяца производилъ довольно правильно счетъ шаровъ и сталъ гораздо сообразительнѣе; къ окружающей обстановкѣ относился внимательнѣе, чаще вступалъ въ разговоръ съ посторонними лицами, читалъ газеты и могъ довольно связно передать прочитанное, держалъ себя довольно прилично. Дрожаніе личныхъ мускуловъ прекратилось совершенно, языкъ и руки дрожали слабо. Лечение было преимущественно меркуріальное.

XIV. Больной И. Г. Н—ко, мѣщанинъ 32 лѣтъ, родился когда отцу было 36 лѣтъ, а матери 22 года. Роды были своевременны безъ врачебныхъ пособій. Вскармливаемъ былъ матерью въ теченіи года. Ростъ при благопріятной обстановкѣ; въ раннемъ дѣтствѣ никакимъ заболѣваніемъ не подвергался. На 9-мъ году былъ опредѣленъ въ волостное Ч—ское училище, гдѣ преуспѣвалъ въ наукахъ и на 15-мъ году кончилъ курсъ не хуже другихъ. По окончаніи училища приучался къ письмоводству въ теченіе 1½ года, а затѣмъ поступилъ въ телеграфное вѣдомство, гдѣ сначала состоялъ ученикомъ, а по выдержаніи положеннаго испытанія получилъ назначеніе на мѣсто телеграфиста. Въ должности этой прослужилъ одинъ годъ, а затѣмъ онъ былъ призванъ на военную службу, гдѣ пробылъ только 2 мѣсяца и, возвратившись, вновь поступилъ въ телеграфное вѣдомство, гдѣ и служилъ до 1883 года. Затѣмъ онъ поступилъ на службу въ страховое русское общество, гдѣ всегда надлежащимъ образомъ исполнялъ возложенныя на него обязанности. Образъ жизни все время велъ скромный и ровный. Излишества не предавался. Влеченія къ спиртнымъ напиткамъ не имѣлъ. Половая зрѣлость у него наступила на 17-мъ году; для удовлетворенія половыхъ потребностей онъ не прибѣгалъ къ противоестественнымъ способамъ. Въ сношеніяхъ съ женщинами былъ остороженъ, боясь заразиться; но, не смотря на свою осторожность, въ 1883 году заразился *сифилисомъ*. Перенесши это за-

болѣваніе, больной до 1890 года чувствовалъ себя совершенно здоровымъ и ни разу не прибѣгалъ къ врачебной помощи до 1890 года. За это время т. е. въ теченіе 7-ми лѣтъ самочувствіе больного всегда было хорошо. Онъ продолжалъ службу въ конторѣ общества и всегда добросовѣстно исполнялъ возлагаемыя на него обязанности. Работалъ много, работой не затруднялся и не тяготился ею. Но съ лѣта 1890 года онъ сталъ чувствовать по временамъ недомоганіе, подчасъ появлялась *усталость и головная боль* безъ видимой причины; все это больной объяснялъ себѣ жаркимъ лѣтомъ и продолжительнымъ сидѣніемъ за занятіями въ конторѣ. Изрѣдка больной сталъ затрудняться въ составленіи нужныхъ бумагъ; по временамъ сидя за работой онъ чувствовалъ *приливъ къ головѣ*; если сдѣлается на минуту *дурно*, то онъ долженъ встать, походить по комнатѣ и все проходить. Случалось и такъ, что приходилось нѣсколько разъ передѣлывать написанное и все казалось, что сдѣлано не такъ, какъ слѣдуетъ и какъ ему хотѣлось-бы. Головные боли стали учащаться и усиливаться въ напряженности, а да-лѣе стали почти постоянными. Къ этому времени присоединился *шумъ въ ушахъ и головокруженіе*; явленія эти въ началѣ были рѣдки, но къ концу лѣта появлялись чаще и чаще. Больной сталъ *разсѣянъ и забывчивъ* и притомъ на столько, что и окружающіе стали замѣчать. Вслѣдствіе этого больной сталъ замѣчать, что его начальникъ по службѣ по временамъ подсмѣивается надъ нимъ, объясняя такую перемѣну влюбленностью больного. Но когда по бумагамъ стали усматривать кое-какіе несообразности, то больному приходилось получать серьезные выговоры. Такого сорта отношенія начальства волновали больного; онъ бралъ бумаги для исправленія, садился за работу, но сознаніе у него помрачалось, *руки дрожали, почеркъ дѣлался не ровнымъ, не твердымъ*; онъ бросалъ работу и, отдохнувъ и успокоившись немного, съ трудомъ передѣлывалъ работу. Послѣ нѣсколькихъ такихъ непріятныхъ столкновеній съ бухгалтеромъ конторы, больной замѣтилъ, что какъ только подходилъ къ его столу бухгалтеръ за справками и молча ждалъ ихъ, то въ это время онъ не могъ совсѣмъ работать, у него начинали дрожать

руки, онъ терялъ сообразительность и не могъ дать требуемой справки. 4 декабря 1890 года больной оставилъ службу; въ этотъ день онъ послѣ обѣда заявилъ брату, что ему необходимо перемѣнить билетъ въ городской больницѣ и съ этой цѣлью отправился въ больницу. Пройдя полъ пути, больной сразу вдругъ забываетъ гдѣ улица, на которой находится зданіе больницы; онъ начинаетъ ходить по разнымъ улицамъ, но больницы не находитъ. Надо полагать, что больной ходилъ болѣе сутокъ, ибо онъ не возвратился въ тотъ день домой. При этомъ было замѣчено, когда его привели домой, что онъ, прежде говорившій нормально, теперь сталъ заикаться и произносить слова протяжно.

Status praesens. Больной роста 160 с., тѣлосложенія умѣренно-крѣпкаго; объемъ груди 81 см., вѣсъ тѣла 4 п. 5 ф. Питаніе организма и количество крови умѣренное. Волосы на головѣ черные и рѣдкіе, волосистость всего тѣла умѣренно развита. Наибольшая окружность черепа 55 с.; затылочно-ушная линія 18; лобо-ушная линія 32; теменно-ушная 35; подбородочно-ушная линія 30; прямой діаметръ черепа 15,5, кривая отъ glab. до protub. occip. ext 33 с.; поперечный діаметръ 11,5 с.; правый косой 15 с.; лѣвый 14,5; діаметръ основанія черепа 17,5; діаметръ высоты черепа 12 с.; продольно-поперечный показатель 74,3; продольно-высотный показатель черепа 95,5; высота 7 с.; ширина лба 16 с.; діаметръ лба 9,5; форма головы круглая. Типъ черепа долихоцефалическій. Лицо одутловатое съ землистымъ оттѣнкомъ. Правый *уголъ рта* нѣсколько *опущенъ*, носогубная складка съ правой стороны сглажена. Слизистыя оболочки анемичны. *Подвижность вѣкъ* понижена; подвижность *глазъ* также *понижена*; страбизмъ нѣтъ. Влажность *глазъ* увеличена, блескъ ихъ нормаленъ. *Зрачки сужены* равномерно; первичная и вторичная реакція ихъ сохранена. Острота зрѣнія *обоихъ глазъ* $\frac{20}{20}$. Свѣто и цвѣто-ощущеніе сохранено. Во время разговора въ *мускулахъ лица замѣтно подергиваніе*. Чувствительность кожи лица сохранена. Выраженіе лица тупое. Полость носа чиста. Языкъ чистъ, при высовываніи дрожитъ довольно сильно, а иногда отклоняется вправо.—Язычекъ немного гиперемированъ. Вкусовые и обонятельныя ощущенія сохранены. Небо безъ

измѣненій.—Зубы цѣлы; форма ушей овальная; величина въ предѣлахъ нормы. Острота слуха для праваго уха два метра, для лѣваго пять.—Слухъ черезъ черепъ сохраненъ.—Шея короткая и ничего ненормальнаго не представляетъ.—Лимфатическія желѣзы не увеличены.—Легкія и сердце нормальны.—Пульсъ 72 уд. въ 1'.—Температура 37,2°.—Печень непрощупывается. Количество мочи 1000 к. с., цвѣтъ желто-красный. уд. вѣсъ 1021, реакція кислая; бѣлка и сахара нѣтъ.—Половая дѣятельность понижена.—Строеніе позвоночника правильное; подвижность его сохранена, чувствительность нормальна. Строеніе конечностей правильное; мускулатура развита хорошо. Тактильная чувствительность кожи сохранена. Болевое чувство сохранено.—Рефлексы сухожильные на правой рукѣ повышены, на лѣвой нормальны. Пателлярный рефлексъ нормаленъ. Мускульные рефлексы на спинѣ повышены; брюшной и скротальный рефлексы нормальны; вазомоторные нормальны.—Динамометрія правой руки 50, лѣвой 60 кил.—Кожа нормальна.—Подкожный жировой слой хорошо развитъ, также какъ и мускулатура всего тѣла.—Кости скелета ничего ненормальнаго не представляютъ.—Сонъ хорошъ.—Аппетитъ также. Со стороны кишечника частые запоры. *Вниманіе* больного къ окружающей обстановкѣ *ослаблено. Способность воспріятія внѣшнихъ впечатлѣній понижена.* Иллюзій и галлюцинацій органовъ чувствъ не замѣчается. *Представленія образуются медленно количество ихъ уменьшено; ходъ представленій замедленъ,*—проходитъ большой промежутокъ времени, пока больной отвѣтитъ что либо на предлагаемый вопросъ, а подѣ часть ничего не отвѣтитъ, забывъ совершенно предложенный ему вопросъ. *Представленія вялы и неотчетливы, сбивчивы, иногда ошибочны.*—Ассоціація представленій замедлена. *Способность припоминанія и заминанія понижены.*—Сужденія и заключенія больного въ большинствѣ случаевъ ошибочны.—Насильственный идей у больного не замѣчается.—*Настроеніе духа безразличное.*—Въ поступкахъ больного замѣчается вялость, а также скорая утомляемость при малѣйшей умственной работѣ.—Рѣчь больного негладка, онъ заикается, часто останавливается, какъ будто языкъ за-

плетается.—Часто складываетъ слоги, а подѣ часть не можетъ припомнить слова, которое хотѣлъ-бы сказать.—Въ *письмѣ* больного замѣчается неравномѣрность буквъ, буквы зигзагообразны, почеркъ не твердъ.

Больной поступилъ 29 января и выписался изъ клиники 29 марта 1891 года безъ перемѣнъ въ состояніи здоровья.

XV. Больной А. И. С.—нѣ 47 лѣтъ, морякъ, холостъ, православный, родился въ городѣ Ник—вѣ, гдѣ и провелъ дѣтство; тамъ же онъ и воспитывался въ морскомъ училищѣ, которое окончилъ съ большимъ успѣхомъ. По окончаніи онъ былъ назначенъ помощникомъ капитана на одномъ изъ мѣстныхъ пароходовъ, а черезъ три года службы былъ назначенъ капитаномъ парохода и состоялъ въ этой должности въ продолженіи 18 лѣтъ.—Будучи капитаномъ, онъ совершалъ далекія плаванія, былъ въ Англіи и Америкѣ; въ послѣднюю турецкую войну служилъ на военныхъ судахъ причемъ подвергался различнымъ невзгодамъ и трудностямъ морской жизни: два раза перенесъ сильный ураганъ, что оставило въ немъ неизгладимое впечатлѣніе; а однажды во время военныхъ дѣйствій, при крушеніи парохода, онъ былъ выброшенъ на мель въ камыши, гдѣ и пролежалъ три дня, такъ что всѣми считался погибшимъ; послѣ этого обстоятельства онъ долго страдалъ сильнѣйшимъ ревматизмомъ. Въ дѣтствѣ мальчикомъ онъ былъ очень способнымъ, хорошо учился, причемъ отличался отъ своихъ сверстниковъ особой впечатлительностью и любознательностью, вмѣстѣ съ тѣмъ онъ былъ очень самолюбивъ, а по временамъ раздражителенъ. Въ дѣтствѣ онъ перенесъ корь и оспу.—Даровитость и любознательность не оставляли больного и во все остальное время его жизни до настоящаго заболѣванія; онъ съ любовью относился къ своему дѣлу, на службѣ былъ строгъ какъ къ своимъ подчиненнымъ, такъ и къ самому себѣ, требовалъ неуклоннаго исполненія своихъ приказаній, малѣйшее отступленіе отъ которыхъ сильно раздражало его. Не смотря на вспыльчивость и раздражительность, онъ пользовался хорошей репутаціей среди своихъ сослуживцевъ, какъ человѣкъ честный, прямой, работающій,—и подчи-

ненные его относились къ нему съ уваженіемъ и любовью. Далекія плаванія давали обильную пищу его любознательности: онъ разсматривалъ и изучалъ тѣ мѣста, въ которыхъ ему приходилось бывать. Около 8-ми лѣтъ тому назадъ больной получилъ *сифилисъ*. За послѣднее время раздражительность больного возросла до крайнихъ предѣловъ: не только малѣйшаго возраженія онъ не могъ переносить равнодушно, но даже нужно было ловить моменты, въ которые онъ находился въ болѣе благодушномъ настроеніи духа, чтобы можно было обратиться къ нему съ какимъ нибудь вопросомъ. Года два тому назадъ онъ началъ страдать сильными *головными болями и головокруженіями*, которыя появлялись періодически. Однажды на пароходѣ съ нимъ, безъ всякой видимой причины, приключилась *рвота*, онъ *потерялъ сознание*, въ *глазахъ потемнѣло*, *ноги подкосились*, *языкъ отняло*, больной *упалъ*; въ такомъ положеніи онъ оставался около $\frac{1}{4}$ часа, послѣ чего сознание къ нему вернулось, онъ всталъ и принялся снова за исполненіе своихъ обязанностей,—но что съ нимъ было—онъ не помнитъ. Такіе припадки случались съ нимъ неоднократно съ промежутками въ 1, 2, 3 мѣсяца. Не смотря на эти припадки больной продолжалъ отправлять свои служебныя обязанности; но когда они стали появляться все чаще и чаще, онъ года 2 тому назадъ долженъ былъ оставить службу, тѣмъ болѣе что къ описанному присоединилась сильная слабость въ ногахъ. Въ декабрѣ 85 года съ больнымъ, безъ всякой видимой причины, случился припадокъ такого рода: онъ потерялъ сознание, упалъ, языкъ отнялся, руки и ноги онѣмѣли, и онъ впалъ въ *летаргическій сонъ*, отъ котораго не просыпался въ теченіе 3-хъ дней; лежалъ онъ совершенно неподвижно, дыханіе и пульсъ были крайне слабы, а по временамъ какъ-бы прекращались; больной совершенно не реагировалъ на внѣшнія раздраженія. Безъ видимаго улучшенія длилась его болѣзнь до февраля 86 года, когда больной въ сопровожденіи сестры былъ привезенъ въ полусознательномъ состояніи въ Х. и былъ помещенъ въ частную лечебницу. Въ дорогѣ, находясь въ вагонѣ, больной воображалъ, что онъ плыветъ по морю на пароходѣ, командовалъ, все стремился на верхъ

на площадку и приходилъ въ сильное неистовство, когда его, капитана парохода, не выпускали изъ вагона, который онъ принималъ за каюту. Въ лечебницѣ онъ пробылъ 2 мѣсяца и выписался оттуда не получивъ облегченія. 1-го іюля съ больнымъ приключился ударъ, продолжавшійся $\frac{1}{4}$ часа, послѣ чего больной, очнувшись, былъ веселъ, повторялъ слова: «пророкъ, Александръ пророкъ», рассказывалъ о герояхъ, императорахъ и при этомъ прибавилъ: «я самъ, пожалуй, могу сдѣлаться святымъ, но сначала нужно быть пророкомъ». — 23 іюля съ больнымъ приключился новый ударъ, продолжавшійся цѣлый часъ. Вечеромъ больной, въ крайне возбужденномъ состояніи, кричалъ, ругался. 1-го августа, сидя за обѣдомъ, вдругъ почувствовалъ дурноту, головокруженіе и внезапно потерялъ способность рѣчи. Въ безсознательномъ состояніи онъ былъ уложенъ въ постель, съ которой не вставалъ въ теченіи цѣлаго мѣсяца. — У него была возвышенная температура, доходившая по временамъ до 40° , учащенный пульсъ и дыханіе, а также и бредъ. 10 дней спустя послѣ припадка у него былъ констатированъ абсцессъ въ области послѣднихъ поясничныхъ позвонковъ, къ чему вскорѣ присоединился decubitus на лѣвой ягодицѣ. Къ 14 сент. онъ физически нѣсколько оправился, но припадки повторялись ежемѣсячно.

Status praesens. Больной роста 182 снт., крѣпкаго тѣлосложенія, вѣса 5 пудовъ. Волосы на головѣ темные, на темени довольно значительная лысина. Наибольшая окружность черепа 60 снт., кривая отъ glab. до protub. occip. ext 33 с.; прямой діаметръ черепа 19 с.; кривая отъ уха до уха 37 с.; поперечный діаметръ черепа 15; діаметръ высоты 13; діаметръ основанія черепа 12,5+13; правый косой діаметръ черепа 14; лѣвый косой 14; діаметръ лба 6,5; высота его 7; ширина 21; продольно-поперечный показатель черепа 83; продольно-высотный показатель 72. Форма головы макроцефалинская; уродливостей и неправильностей черепа не замѣчается. Лицо круглое, подбородокъ и часть щекъ покрыты густою бородою темнаго цвѣта съ легкою простѣдью. Видимыя слизистыя оболочки нормально окрашены въ розовый цвѣтъ. Подвижность вѣкъ нормальна, блескъ глазъ также, страбизмовъ нѣтъ; первич-

ная и вторичная реакція вполне сохранены; лѣвый зрачекъ шире праваго; острота зрѣнія нормальна. Подвижность мускуловъ лица при свободномъ состояніи больного нормальна, при разговорѣ же замѣчается *подергиваніе верхней и нижней губы, въ особенности у лѣваго угла рта*. Чувствительность кожи лица нѣсколько повышена. Выраженіе лица большею частью задумчивое, нѣсколько грустное, улыбка располагающая; по временамъ же, когда онъ приходитъ въ раздраженное состояніе, лицо краснѣетъ и выражаетъ крайнюю злость. *Языкъ* обложенъ бѣлымъ налетомъ, при высовываніи конецъ нѣсколько *отклоняется въ правую сторону и дрожитъ цѣликомъ* во всей своей толщѣ. При разговорѣ языкъ какъ-бы заплетается. Вкусовые и обонятельныя ощущенія никакихъ отклоненій отъ нормы не представляютъ. Зубы длины, нѣсколько почернѣвшіе, недостаетъ 4-хъ коренныхъ зубовъ на нижней челюсти. Величина и форма ушей обыкновенная. Бой карманныхъ часовъ правымъ ухомъ слышится на разстояніи $6\frac{1}{2}$ дюймовъ, лѣвымъ $5\frac{1}{2}$ д. Слухъ черезъ черепъ сохраненъ. Лимфатическія железы нигдѣ не прощупываются. На многихъ мѣстахъ кожи замѣчаются атрофическіе рубцы бѣлаго цвѣта; на нижней поверхности glandis penis замѣчается значительный дефектъ, вслѣдствіе чего нижняя часть glandis penis представляется какъ бы срѣзанной. Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ дало отрицательные результаты. Тоны сердца слабы, но чисты, пульсъ мягкій нѣсколько учащенный (85 уд.).—Моча красновато-желтаго цвѣта, кислотной реакціи бѣлка или сахара не содержитъ. Дѣятельность мочевого пузыря ослаблена—incontinentia urinae. Дѣятельность сфинктера прямой кишки нормальна. Строеніе конечностей правильное; мускулатура на нихъ хорошо развита. Дрожанія рукъ не замѣчается; ноги же при хожденіи какъ бы съ трудомъ большимъ передвигаются; встать и сѣсть составляетъ для него большую трудность. Походка медленная, шаркающая. Мышечная сократимость подъ вліяніемъ постоянного и индуктивнаго тока понижена. Кожная чувствительность нормальна. *Пателлярный рефлексъ* на обѣихъ ногахъ *повышенъ*, голенно-стопный рефлексъ, а также рефлексъ bicipitis et tricipitis нормальны. Рефлексъ кре-

мастера отсутствует; осязательные и болевые—присутствуют. Динамометрія правой руки 35; лѣвой 30. По-тоотдѣленіе усилено; слюноотдѣленіе нормально. Подкожный жиръ умѣрено развитъ, мускулатура всего организма хорошо развита. Кожная система никакихъ уклоненій отъ нормы не представляетъ. Сонъ больного въ общемъ спокойный; по временамъ во снѣ бредитъ. Аппетитъ хорошій. Субъективныхъ жалобъ, за исключеніемъ слабости въ ногахъ, ни какихъ не представляетъ. *Вниманіе больного къ окружающей обстановкѣ нѣсколько ослаблено.* Способность воспріятія внѣшнихъ впечатлѣній нормальна, но *проводимость ихъ понижена.* Иллюзій и галлюцинацій нѣтъ. Образованіе представлений нормально, количество же ихъ уменьшено. *Ходъ представленій замедленъ.* Представленія не ясны и не отчетливы, содержаніе же ихъ односторонне. Насильственныхъ и фиксированныхъ идей нѣтъ. Что касается ассоціаціи представлений, то у него замѣчается упущеніе конечной цѣли, къ которой, однако, онъ немедленно возвращается, если является посторонняя помощь. *Способность заполнения и припоминанія ослаблена.* Сознаніе окружающей обстановки понижено. Сужденія и заключенія неправильны. *Настроеніе духа безразличное.* Состояніе его нравственного чувства понижено. Рѣчь его большею частью тихая, медленная, но ясная; при болѣе или менѣе продолжительной бесѣдѣ скоро утомляется. *Письмо* его крайне неразборчиво, неясно; буквы разставлены въ безпорядкѣ: одна выше, другая ниже; одна смотритъ вправо, другая влево; нѣкоторые слоги пропускаетъ, часть словъ не доканчиваетъ. Особенно интересно его французское правописание: онъ не только сливаетъ вмѣстѣ нѣсколько словъ и пишетъ вообще ихъ неправильно, но на ряду съ французскими буквами ставитъ много русскихъ и иногда заканчиваетъ французскія слова твердымъ знакомъ на концѣ. Письма отличаются безсодержательностью, причѣмъ встрѣчается какъ повтореніе слоговъ, такъ и отдѣльныхъ словъ.

Въ такомъ состояніи больной поступилъ въ клинику 8 февраля 1887 года. За два мѣсяца пребыванія въ ней (по 7 апрѣля) состояніе его значительно ухуд-

шилось; забывчивость его возросла до громадныхъ предѣловъ, мысль его стала отличаться большей нелогичностью, непослѣдовательностью, поступки его сдѣлались безсмысленными. Пустыя вычисленія, которыя прежде для него никакого труда не представляли, сдѣлались теперь совершенно невычислимыми. 7-го апрѣля 87 года больной выбылъ изъ клиники.

(Изъ лабораторіи проф. Н. К. Кульчицкаго).

Къ ученію о гистологическомъ строеніи продолговатаго мозга.

Н. Мухинъ.

При нижеприведенныхъ изслѣдованіяхъ употреблялся продолговатый мозгъ взрослого человѣка.

Я вполнѣ сознаю неполноту своихъ изслѣдованій, въ значительной мѣрѣ зависящую отъ пользованія исключительно методомъ непосредственнаго наблюденія вполнѣ развитого мозга безъ провѣрки наблюденій по методамъ Gudden'a и Flechsig'a, по справедливости считающимся лучшими изъ современныхъ методовъ изслѣдованія центральной нервной системы.

Но, не говоря уже о томъ, что методъ Gudden'a не применимъ, конечно, къ изслѣдованію человѣческаго мозга, методъ Flechsig'a не вполнѣ пригоденъ для моей цѣли. Методъ этотъ назначенъ, какъ извѣстно, для изслѣдованія хода волоконъ въ центральной нервной системѣ, между тѣмъ меня главнымъ образомъ интересуютъ не волокна, а скопленія нервныхъ клѣтокъ. Я не хочу, конечно, утверждать, что изслѣдованія избранной мною области по методу Flechsig'a не могли бы дать цѣнныхъ результатовъ. Хотя волокна, проходящія въ этой области, не получаютъ мякотной обкладки даже послѣ 6 мѣсяцевъ внутробной жизни, какъ показалъ Schütz¹⁾, все же методъ Flechsig'a, вѣроятно, могъ бы дать нѣкоторые контрольные результаты для подтвержденія или опроверженія добытыхъ мною данныхъ. Однако недостаточность матеріала, т. е. невозможность собрать послѣдова-

¹⁾ Anatom. Untersuch. über d. Faserverl. im centr. Höhlengrau etc. Arch. f. Psychiatrie Bb. XXII, N. 3, стр. 531. Я могу отчасти подтвердить это на основаніи рассмотрѣнія предоставленной мнѣ въ здѣшней лабораторіи одной серіи мозга новорожденнаго.

тельной серіи зародышевыхъ и дѣтскихъ мозговъ различныхъ возрастовъ, не позволила мнѣ воспользоваться этимъ методомъ.

Мнѣ кажется, впрочемъ, что методъ изслѣдованія послѣдовательныхъ серій разрѣзовъ изъ развитого мозга, оказавшій столь большія услуги въ области изученія центральной нервной системы со времени работъ Stilling'a, не долженъ такъ игнорироваться, какъ это замѣчается въ настоящее время, даже и при изслѣдованіи хода нервныхъ волоконъ.

За методомъ Flechsig'a установилась въ настоящее время такого рода репутація, что результаты, добытые при помощи его, претендуютъ на абсолютную непогрѣшимость. Между тѣмъ существуютъ нѣкоторыя соображенія, заставляющія нѣсколько сомнѣваться въ этомъ. Уже Freud ¹⁾ сказалъ объ этомъ методѣ слѣдующее:

«Натура его обыкновенно позволяетъ изучать только волокна, рано получающія мякоть; такимъ образомъ онъ доставляетъ лишь неполныя свѣдѣнія о ходѣ волоконъ и не способенъ опровергнуть данныхъ, полученныхъ при изслѣдованіи развитого органа». И съ этими словами нельзя не согласиться. Можно сказать съ полной увѣренностью, что развитіе центральной нервной системы не заканчивается втеченіи первыхъ мѣсяцевъ или лѣтъ человѣческой жизни, но что втеченіи періода роста въ ней происходятъ измѣненія или по крайней мѣрѣ перемѣщенія частей. Поэтому методъ Flechsig'a могъ бы дать дѣйствительно непогрѣшимые результаты лишь въ случаѣ, еслибы при немъ изслѣдовались послѣдовательно мозги различныхъ возрастовъ, начиная отъ раннихъ періодовъ внутри-утробной жизни и оканчивая періодомъ полного развитія органа.

На этомъ основаніи я думаю, что при существованіи метода Flechsig'a, изслѣдованіе взрослыхъ мозговъ не только не должно быть игнорировано, но, наоборотъ, оно должно служить для постояннаго контроля надъ результатами, полученными по этому, а равно и по другимъ методамъ изслѣдованія, и для пополненія этихъ результатовъ.

Приготовление препаратовъ производилось мною по слѣдующему порядку.

По вскрытіи черепа возможно свѣжаго трупа и по извлеченіи обычнымъ способомъ мозга, продолговатый мозгъ от-

¹⁾ Freud, Ueber den Ursprung des N. acusticus. Monatschrift für Ohrenheilkunde, 1886, № 8.

дѣлялся обыкновенно вмѣстѣ съ Вароліевымъ мостомъ и погружался въ жидкость Эрлицкаго. Здѣсь онъ лежалъ втеченіи $1\frac{1}{2}$ —2 мѣсяцевъ, при чемъ за это время жидкость два раза замѣнялась свѣжей. Достаточно фиксированный мозгъ вынимался изъ жидкости и помещался подъ непрерывную струю воды, для возможно тщательной промывки, на сутки.

Затѣмъ, для извлеченія воды и дальнѣйшаго уплотненія, объекты переносились на двое сутокъ въ 85°/о спиртъ, послѣ чего, очищенные отъ оболочекъ, они погружались послѣдовательно на 1—3 сутокъ въ 96°/о алкоголь и на 1—2 сутокъ въ смѣсь равныхъ частей 96°/о алкоголя и сѣрнаго эфира. По извлеченіи изъ послѣдней смѣси объекты погружались въ очень жидкій растворъ целлоидина въ равныхъ частяхъ спирта съ эфиромъ на 3—4 сутокъ, затѣмъ на трое сутокъ въ болѣе густой растворъ целлоидина и наконецъ на 3—7 сутокъ въ самый густой растворъ его. Вполнѣ пропитанные целлоидиномъ объекты наклеивались посредствомъ наиболѣе густого раствора целлоидина на парафиновые пробки и сохранялись въ 80°/о алкоголь. Предназначенные для трансверзальныхъ срѣзовъ объекты обыкновенно, послѣ освобожденія отъ оболочекъ, перерѣзывались на двое на границы моста и продолговатаго мозга, или нѣсколько выше; предназначенные же для сагиттальныхъ срѣзовъ перерѣзывались въ длину вдоль *raphe*. Всѣ разрѣзы приготовлялись посредствомъ *Tauchmicrotom*'а *Schanze*. При приготовленіи разрѣзовъ я всегда старался получить по возможности непрерывную послѣдовательную серію ихъ и при томъ разрѣзы дѣлать возможно болѣе тонкіе. Обыкновенно я устанавливалъ микротомъ такъ, что толщина большинства моихъ срѣзовъ = 0,025—0,03 мм., но между ними есть и болѣе тонкіе.

Каждые десять срѣзовъ погружались въ отдѣльную ванну съ 85°/о спиртомъ и обозначались отдѣльнымъ номеромъ. Такимъ образомъ приготовлялась цѣлая серія срѣзовъ даннаго объекта. Затѣмъ большинство ихъ (отъ 5 до 10 изъ каждой ванны) подвергались окраскѣ.

Послѣдняя производилась исключительно посредствомъ гематоксилина по тремъ, наиболѣе употребительнымъ методамъ: *Weigert*'а, проф. Н. К. Кульчицкаго и *Pal*'я.

Вначалѣ я испытывалъ окраску карминомъ, а также нигрозиномъ на препаратахъ, фиксированныхъ въ Мюллеровской жидкости; но ни тотъ, ни другой далеко не давали тѣхъ ясныхъ картинъ, которыя получались при окраскѣ ге-

матокселиномъ, поэтому скоро я оставилъ эти краски и остановился исключительно на гематокселинѣ.

Что касается относительнаго достоинства трехъ употреблявшихся мною методовъ, то я отдаю рѣшительное предпочтеніе методу проф. Кульчицкаго.

Какъ извѣстно, вышеупомянутые три метода отличаются на препаратахъ главнымъ образомъ различной степенью окраски сѣраго вещества. Въ то время, какъ миелиновыя волокна всѣми ими окрашиваются въ темносиній или фіолетовый цвѣтъ, сѣрое вещество при методѣ Pal'я остается совершенно не окрашеннымъ, при методѣ проф. Кульчицкаго окрашивается въ свѣтло-желтый цвѣтъ, а при методѣ Weigert'a—въ довольно насыщенный бурый.

Послѣднее обстоятельство именно и заставляетъ меня, при изслѣдованіи сѣраго вещества дна IV желудочка, отдавать предпочтеніе передъ методомъ Weigert'a двухъ другимъ, употреблявшимся мною. Хотя Weigert недавно утверждалъ ¹⁾, что препараты, обработанные по послѣднему видоизмѣненію его способа и погруженные затѣмъ въ слабый растворъ уксусной кислоты, получаютъ въ короткое время столь-же полное раскрашиваніе сѣраго вещества, какъ и препараты, обработанные по Pal'ю; однако мнѣ не удавалось получить такого: бурая окраска сѣраго вещества даже послѣ часа и двухъ пребыванія препаратовъ въ слабомъ растворѣ уксусной кислоты лишь слегка блѣднѣла, но все-же оставалась темнѣе окраски на препаратахъ, обработанныхъ по методу проф. Кульчицкаго. Вслѣдствіе сравнительно темной окраски сѣраго вещества, тончайшія мякотныя волокна, встрѣчающіяся въ немъ, особенно поперечныя разрѣзы ихъ, выступаютъ не достаточно отчетливо и легко могутъ быть просмотрѣны. Этотъ, важный при настоящихъ изслѣдованіяхъ, недостатокъ отсутствуетъ въ методѣ проф. Кульчицкаго и особенно Pal'я. При послѣднемъ методѣ, на что указано уже Schütz'омъ (см. выше), на совершенно бѣломъ фонѣ сѣраго вещества, особенно рѣзко выступаютъ самыя тонкія мякотныя волокна, окрашенные въ синій цвѣтъ. Но за то изслѣдованіе нервныхъ клѣтокъ на препаратахъ, окрашенныхъ по Палю, представляется крайне затруднительнымъ, а на хорошо раскрашенныхъ препаратахъ даже невозмож-

¹⁾ Weigert, Zur Markscheidenfärbung. Deutsche medicin. Wochenschrift, 1891, № 42.

нымъ, именно вслѣдствіе полного обезцвѣчиванія всего сѣраго вещества. Этотъ недостатокъ можно, впрочемъ, устранить послѣдовательнымъ окрашиваньемъ препаратовъ карминомъ, эозиномъ, congo-гоth или какою либо другою краской, но такой пріемъ во первыхъ усложняетъ работу, а во вторыхъ послѣ него получается все-таки не столь контрастное окрашивание бѣлаго и сѣраго вещества, какъ на препаратахъ, окрашенныхъ по методу проф. Кульчицкаго.

На послѣднихъ свѣтло-желтое окрашивание сѣраго вещества даетъ возможность вполне ясно различать даже самыя тонкія мякотныя волокна, окрашенные въ синій цвѣтъ, и въ то-же время нервныя клѣтки окрашиваются въ болѣе интенсивный желтый цвѣтъ, чѣмъ окружающая нейроглія, и вслѣдствіе этого легко поддаются изслѣдованію.

Окрашенные и обезвоженные разрѣзы я просвѣтлялъ болѣею частью посредствомъ гвоздичнаго масла. Хотя просвѣтленіе въ карболовомъ ксилолѣ идетъ столь-же успѣшно и работа съ нимъ болѣе быстра, но при употребленіи его мнѣ не всегда удавалось избѣгать небольшихъ складочекъ на препаратахъ, вслѣдствіе чего я и предпочиталъ гвоздичное масло. Послѣ просвѣтленія препараты задымлялись въ канадскій бальзамъ.

Такимъ образомъ получены мною двѣ полныя серіи трансверзальныхъ срѣзовъ продолговатаго мозга человѣка, одна серія фронтальныхъ и одна—сагиттальныхъ срѣзовъ.

Въ нижеслѣдующихъ строкахъ я представляю описаніе двухъ отдѣльныхъ скопленій нервныхъ клѣтокъ въ центральномъ сѣромъ веществѣ продолговатаго мозга, соотвѣтственно чему работа моя дѣлится на двѣ части.

I.

Дно четвертаго желудочка (*fossa rhomboidea*) мозга человѣка, проходящими черезъ него *striae medullares*, дѣлится, какъ извѣстно, на двѣ части: верхнюю или проксимальную и нижнюю или дистальную. Последняя имѣетъ форму равнобедреннаго треугольника и медіальной бороздой дѣлится на два равныхъ прямоугодно-треугольных участка, правый и лѣвый. Въ каждомъ изъ послѣднихъ, почти на срединѣ его, болѣе темная окраска ограничиваетъ новый треугольный участокъ, основаніемъ обращенный назадъ и нѣсколько всто-

рону, а вершиной впередъ—*ala cinerea Arnoldi*. Положеніе *alae cinerae* внутри прямоугольно-треугольнаго участка таково, что какъ медіально, такъ и латерально отъ нея остаются опять два треугольных участка, вершинами обращенныхъ назадъ, а основаніями впередъ. Медіальный изъ нихъ носить обыкновенно названіе *funiculus teres*. Отъ *ala cinerea* эти треугольные участки отграничиваются во первыхъ благодаря своей болѣе блѣлой окраскѣ и во вторыхъ благодаря присутствію на границахъ небольшихъ бороздокъ, особенно замѣтныхъ на дѣтскихъ мозгахъ.

Такимъ образомъ въ каждой симметричной половинѣ задней части дна четвертаго желудочка ясно различаются три треугольных участка.

Наружный изъ этихъ участковъ соотвѣтствуетъ положенію такъ называемаго внутренняго (Clarke, Meynert и др.) или задняго (Henle) ядра *nervi acustici*; средний—*ala cinerea*—положенію ядра *n. n. vagi* и *glossopharyngei* или ядра такъ назыв. смѣшанной боковой системы (Meynert). Значеніе внутренняго треугольнаго участка опредѣляется не одинаково. По мнѣнію Stilling'a этотъ участокъ соотвѣтствуетъ положенію въ стѣнѣ вещества дна IV желудочка ядра *n. hypoglossi*. Въ томъ же смыслѣ высказывается и Schwalbe: онъ прямо говоритъ: «треугольникъ этотъ есть область, въ которой беретъ начало *n. hypoglossus*». Henle, описывая этотъ участокъ, который онъ называетъ «*ala alba medialis*», упоминаетъ только, что по Stilling'у онъ представляетъ ядро *n. hypoglossi*. Clarke относитъ *funiculus* или, какъ онъ называетъ его, *fasciculus teres* къ ядру *n. n. facialis* и *abducentis*. Наконецъ, Obersteiner говоритъ, что *funiculus teres* соотвѣтствуетъ только отчасти ядру *n. hypoglossi*.

Такимъ образомъ большинство авторовъ находитъ, что медіальное приподнятіе дна четвертаго желудочка, известное подъ именемъ *funiculus teres*, всецѣло или только отчасти обуславливается лежащимъ въ этомъ мѣстѣ ядромъ *n. hypoglossi*. Между тѣмъ форма этого приподнятія совершенно не соотвѣтствуетъ формѣ ядра подъязычнаго нерва. Последнее, по описанію Krause, вполне соотвѣтствующему описаніямъ другихъ авторовъ, имѣетъ веретенообразную форму, такъ какъ верхній и нижній концы его нѣсколько заострены. Верхняя граница его, по опредѣленію Stieda, лежитъ на уровнѣ вершины *alae cinerae*. Такимъ образомъ,

Къ ученію о гистологическомъ строеніи продолговатаго мозга. 61

если бы медіальное приподнятіе дна четвертаго желудочка соотвѣтствовало ядру подъязычнаго нерва, то еще ниже уровня вершины *alaе cinereaе* оно должно было бы суживаться и на этомъ уровнѣ окончиться. На самомъ же дѣлѣ, по мѣрѣ своего поднятія къ вершинѣ *alaе cinereaе*, медіальное приподнятіе все расширяется, на уровнѣ ея достигаетъ своей наибольшей ширины и тотчасъ выше вершины *alaе cinereaе* сливается съ основаніемъ треугольнаго поля, лежащаго کنارужи отъ *ala cinerea* (Henle).

Слѣдовательно уже макроскопическій обзоръ дна четвертаго желудочка ясно доказываетъ, что медіальное приподнятіе этого дна (*funiculus teres*, *fisciculus teres*, *eminentia teres*, *pyramis posterior*, *ala alba medialis*) обусловливается не ядромъ *n. hypoglossi* или по крайней мѣрѣ не однимъ этимъ ядромъ, а еще какимъ-то другимъ образованіемъ, къ ближайшему ознакомленію съ которымъ на микроскопическихъ объектахъ я и намѣренъ приступить въ первой части своей работы.

Микроскопическое строеніе участка сѣраго вещества дна четвертаго желудочка, извѣстнаго у анатомовъ большею частью подъ именемъ *funiculus teres*, до сихъ поръ, не смотря на значительное количество работъ въ этой области, извѣстно не вполне.

Вниманіе большинства анатомовъ было обращено на лежащее въ этой области ядро подъязычнаго нерва, которое, какъ по своей величинѣ, такъ и по тому интересу, который возбуждало со временъ Stilling'a и до сихъ поръ возбуждаетъ изслѣдованіе вообще нервныхъ ядеръ продолговатаго мозга, представляетъ дѣйствительно преобладающую часть этого участка.

Но, какъ показываетъ уже вышеизложенный макроскопическій обзоръ, въ «*funiculus teres*», помимо ядра подъязычнаго нерва, должны заключаться еще какія-то другія образованія. При изученіи соотвѣтствующей литературы первыя указанія на эти образованія я встрѣтилъ у Clarke'a ¹⁾

Этотъ изслѣдователь описываетъ лежащій непосредственно позади ядра подъязычнаго нерва небольшой столбъ кѣлокъ

¹⁾ Researches on the intimate structure of the brain. Philosophical Transactions of the royal Society of London, 1868, т. II, стр. 283.

и продольныхъ волоконъ, который онъ называетъ «*fasciculus teres*».

Выше *calamus scriptorius* на днѣ IV желудочка *fasciculus teres* довольно быстро увеличивается въ точной пропорціи съ уменьшеніемъ ядра *n. hypoglossi*. На поперечномъ разрѣзѣ онъ представляетъ овальную или грушевидную массу и своей длинной осью лежитъ поперечно изнутри кнаружи. Внутренней заостренной стороной своей поперечникъ его обращенъ къ задней части ядра *n. hypoglossi* и соединяется здѣсь съ маленькой, овальной на поперечномъ разрѣзѣ, группой плотно соединенныхъ клѣтокъ, лежащей у края *raphe*. Другая сторона его менѣе заострена и граничитъ съ внутренней частью ядра *n. vagi*. Нѣкоторыя волокна *vagi*, повидному, связаны съ нимъ, такъ какъ они идутъ вдоль его нижней границы съ ядромъ подъязычнаго нерва. На разрѣзахъ, лежащихъ нѣсколько выше, въ области ядра *n. glossopharyngei*, гдѣ ядро *hypoglossi* почти уже совсѣмъ исчезло, *fasciculus teres* почти вдвое увеличивается въ объемѣ и соединяется дугообразнымъ пучкомъ волоконъ съ заднимъ ядромъ *n. acustici*. Ядро *n. glossopharyngei*, замѣнившее здѣсь ядро *n. vagi*, гораздо меньше его и уменьшается, по мѣрѣ увеличенія ядра *n. acustici*. *Fasciculus teres*, посредствомъ особыхъ комиссуріальныхъ волоконъ, находится въ связи съ *nocl. ambiguus* (стр. 284). На уровнѣ внутреняго ядра слухового нерва у внутреняго края его появляется небольшая овальная на поперечномъ разрѣзѣ группа клѣтокъ,—самъ же *fasciculus teres* проходитъ непосредственно вдоль внутренней стороны задняго ядра *n. acustici*, съ которымъ онъ тѣсно сливается. (стр. 286).

Такимъ образомъ *fasciculus teres*, по описанію Clarke'a, представляетъ собою небольшой столбъ, состоящій изъ продольныхъ волоконъ и нервныхъ клѣтокъ, начинающійся заостреннымъ краемъ еще до раскрытія центральнаго канала въ центральномъ сѣромъ веществѣ дорзально отъ ядра *n. hypoglossi*, постепенно увеличивающійся въ поперечникъ по направленію вверхъ и на уровнѣ задняго ядра *n. acustici* сливающійся съ нимъ.

Что касается значенія описаннаго образованія то Clarke говоритъ слѣдующее, описывая ядро *n. facialis*¹⁾: «Это ядро

¹⁾ 1. с. стр. 295. Clarke полагалъ, что та группа нервныхъ клѣтокъ, которая въ настоящее время считается ядромъ *abducentis*, есть общее ядро *abducentis* и *facialis*.

занимаетъ большую часть выпуклаго продольнаго столба, идущаго вдоль дна IV желудочка по обѣимъ сторонамъ медіальной борозды и хорошо извѣстнаго анатомамъ подъ именемъ *fasciculus teres*. О значеніи же другой, меньшей части *fasciculi teretis*, не относящейся къ ядру *n. facialis*, Clarke не говоритъ ничего.

Meynert ¹⁾ въ слѣдующихъ словахъ упоминаетъ о строении *funiculi teretis*: «Ядро *n. hypoglossi* не прилежитъ къ поверхности (дна IV желудочка), оно покрыто мякотными пучками, бѣлизна которыхъ рѣзко отличаетъ его отъ *ala cinerea* и которые принадлежатъ началу *vago-accessorii*. Ихъ начальное вещество (*Ursprungsmasse*) лежитъ также на ядрѣ *hypoglossi*, такъ что медіальное возвышеніе, названное *Stilling*'омъ ядромъ *hypoglossi*, должно считаться не непосредственно таковымъ, но лишь областью ядра *hypoglossi*. Далѣе, описывая ядра *vagi* и *glossopharyngei*, онъ говоритъ: ²⁾ «къ внутренему ядру *n. acustici* вначалѣ прилежитъ медіальное возвышеніе, которое Clarke недавно справедливо выдѣлилъ, какъ *fasciculus (eminentia) teres*, такъ какъ ядро *hypoglossi* никогда не достигаетъ до эпендимы сѣраго дна, но, какъ въ ромбовидной ямкѣ, такъ и впереди центрального канала покрыто *eminentia teres*, состоящею изъ мелкихъ (21—30 μ . длины, 6—9 μ . ширины) нервныхъ клѣтокъ и множества волоконъ. *Eminentia teres* съ внутренней стороны имѣетъ еще веретенообразный прибавокъ, состоящій изъ такихъ-же элементовъ и лежащій у медіальной линіи—медіальное ядро. Оба скопленія сѣраго вещества надо разсматривать, какъ начальныя массы боковой системы...» Слѣдовательно, Meynert, описавъ вкратцѣ, соотвѣтственно изслѣдованіямъ Clarke, гистологическое строение *funiculi teretis*, считаетъ группу клѣтокъ, лежащую дорзально отъ ядра *hypoglossi*, а равно и медіальное ядро, за начальныя массы для *n.p. accessorius*, *vagus* и *glossopharyngeus* («боковая смѣшанная система» Meynert'a ³⁾).

Henle въ своей нейрологіи ⁴⁾ упоминаетъ лишь вскользь о группѣ клѣтокъ и о тонкихъ волокнахъ, лежащихъ дор-

¹⁾ Vom Gehirn der Säugethiere. Stricker's Handbuch der Lehre von den Geweben. 1872. Bd. II, стр. 772.

²⁾ l. c. стр. 787 и 788.

³⁾ l. c. стр. 787.

⁴⁾ Henle, Handbuch der Nervenlehre des Menschen. Braunschweig. 1879, стр. 233.

зально отъ ядра *hypoglossi*. Онъ говоритъ именно, что на поперечныхъ разрѣзахъ продолговатаго мозга иногда на верхней поверхности ядра *n. hypoglossi* находится круглая кучка маленькихъ мультиполярныхъ нервныхъ клѣтокъ, которую онъ изображаетъ на рис. 146 подъ буквами *nh*. Судя по этому рисунку, дѣло идетъ о группѣ клѣтокъ, лежащей дорзально отъ ядра *n. hypoglossi*, а не на верхней поверхности его, и именно о группѣ, описанной Clarke въ составѣ *fasciculi teretis*. О значеніи этой группы Henle не упоминаетъ въ текстѣ, но, судя по обозначенію на указанномъ рисункѣ, онъ причисляетъ эти клѣтки къ ядру *n. hypoglossi* (*nh*—*nukleus hypoglossi*).

Здѣсь-же онъ говоритъ и о волокнахъ, идущихъ въ продольномъ направленіи дорзально ¹⁾ отъ ядра *hypoglossi*, но, по его мнѣнію, эти волокна встрѣчаются не всегда, а лишь «часто». Значенія этихъ волоконъ Henle не выясняетъ.

Затѣмъ свѣдѣнія о строеніи *funiculi teretis* встрѣчаются у Schwalbe ²⁾. Этотъ авторъ говоритъ, что ядро *n. hypoglossi* нигдѣ не граничитъ непосредственно съ сѣрнымъ веществомъ дна IV желудочка, но всегда отдѣлено отъ послѣдняго веществомъ, въ которомъ почти у поверхности его, обращенной къ полости желудочка, видны волокна, идущія трансверзально къ *raphe*, которыя и обуславливаютъ бѣлую сравнительно съ *ala cinerea* окраску ядра *n. hypoglossi*. Подъ этимъ бѣлымъ слоемъ, между нимъ и ядромъ *hypoglossi*, Schwalbe наблюдалъ кромѣ того скопленіе маленькихъ (11—30 μ). мультиполярныхъ клѣтокъ, легко отличимыхъ отъ большихъ клѣтокъ ядра *hypoglossi*. Оно образуетъ выпуклость треугольника *hypoglossi*, служащую началомъ *funiculi teretis* и по этому можетъ быть названную ядромъ *funiculi teretis* (*eminentia teres* Meunert'a). Большею частью оно раздѣляется на медиальную меньшую и латеральную большую части. Съ этими клѣтками ядро *n. hypoglossi* не имѣетъ ничего общаго.

Такимъ образомъ Schwalbe описываетъ дорзально отъ ядра *n. hypoglossi* какъ нервныя волокна, такъ и клѣтки. Но волокна, по его мнѣнію, идутъ не въ продольномъ, а въ трансверзальномъ направленіи, клѣтки же располагаются въ двухъ группахъ, медиальной и латеральной. Подъ первой

¹⁾ У Henle сказано не дорзально, а на верхнемъ краѣ, но здѣсь, какъ и выше, онъ, очевидно, по ошибкѣ употребляетъ „верхній“ вмѣсто „дорзальной“.

²⁾ Schwalbe, *Lehrbuch der Neurologie*, 1881, стр. 657.

онъ, повидимому, подразумеваетъ медіальное ядро Meynert'a, подъ второй-же, какъ онъ самъ говоритъ, *eminentiam teretem* Meynert'a, т. е. клѣтки «*fasciculi teretis*» Clarke. Обѣ группы клѣтокъ онъ соединяетъ подъ названіемъ *nuclei funiculi teretis* и считаетъ ихъ мѣстомъ происхожденія волоконъ круглаго пучка, не касаясь вовсе дальнѣйшей судьбы и значенія послѣднихъ.

Wernicke ¹⁾ упоминаетъ только, что кнутри отъ ядра *n. vagi* лежитъ участокъ сѣраго вещества дна IV желудочка, который надо разсматривать, какъ продолженіе *eminentiae teretis*, и изображаетъ его на рисункѣ 164, обозначая буквами *et*.

Столь-же мало говоритъ о строении *funiculi teretis* Kahler ²⁾. По словамъ этого изслѣдователя въ области средней трети оливъ сѣрое дно имѣетъ одно среднее и два боковыхъ возвышенія. «Среднее соотвѣтствуетъ верхнему концу ядра *n. hypoglossi* (*funic. teres*), которое скоро совсѣмъ исчезаетъ, первое боковое возвышеніе соотвѣтствуетъ *eminentia teres*, сѣрое дно которой содержитъ лишь разсѣянные малыя веретенообразныя клѣтки, изъ которыхъ происходятъ волокна, проходящія впередъ и кнаружи и присоединяющіяся къ корешку *n. vagi*. Онѣ относятся къ *glossopharyngeus*». Изъ этихъ словъ видно, что Kahler считаетъ *funiculus teres* и *eminentia teres* (въ смыслѣ Meynert'a) за различныя образованія; первое изъ нихъ онъ считаетъ занятымъ исключительно ядромъ *n. hypoglossi*, второе-же, подобно Meynert'у, относитъ къ ядру *n. glossopharyngei*. Въ *eminentia teres* онъ находитъ разсѣянные малыя веретенообразныя клѣтки, изъ которыхъ берутъ начало корешковыя волокна. На рисункѣ 67-мъ (стр. 229) Kahler изображаетъ слѣдующимъ образомъ топографію дна IV желудочка въ описываемой области: тотчасъ у медіальной борозды лежитъ ядро *n. hypoglossi*, обозначенное цифрой XII, кнаружи отъ него, превосходя его величиной, лежитъ почти правильно круглое на поперечномъ разрѣзѣ образованіе, обозначенное буквами *et* и представляющее *eminentiam teretem*; изъ него идутъ волокна, присоединяющіяся къ корешковымъ волокнамъ *vagi*. Кнаружи отъ *eminentia teres* лежитъ свѣтлый участокъ ядра *vago-glossopharyngei*, въ которомъ, почти по срединѣ его дорзо-вентраль-

¹⁾ Wernicke, *Lehrbuch der Gehirnkrankheiten*. 1881. Bd. 1, стр. 169.

²⁾ Kahler, *Lehrbuch der Geweblehre von Toldt*. 1888, стр. 228.

наго поперечника, дорзально отъ *fasciculus solitarius*, изображень небольшой отрѣзокъ довольно компактнаго пучка трансверзально идущихъ волоконъ, на рисункѣ ничѣмъ не обозначенный и Kahler'омъ не описываемый. Ниже однако будетъ указано, что эти волокна имѣютъ тѣсное отношеніе къ образованію, лежащему дорзально и латерально отъ ядра подъязычнаго нерва и входящему въ составъ *funiculi teretis*.

Въ 1887 году появилась работа Koch'a, посвященная описанію области ядра *p. hypoglossi*¹⁾. Этотъ авторъ также говоритъ объ образованіи, лежащемъ дорзально отъ ядра подъязычнаго нерва. Однако онъ находитъ, что на задней своей поверхности это ядро покрыто лишь слоемъ очень тонкихъ нервныхъ волоконъ, проходящихъ вертикально, и совсѣмъ не упоминаетъ о существующихъ въ этой области клѣткахъ. На сагиттальныхъ разрѣзахъ, по его словамъ, видно, что эти волокна представляются связывающими путями между клѣтками ядра, лежащими на различной высотѣ, почему Koch называетъ ихъ *fibrae propriae* ядра *hypoglossi*.

Obersteiner²⁾ въ первомъ изданіи своего руководства говоритъ объ интересующемъ насъ образованіи слѣдующее:

«Главное ядро *p. hypoglossi* отдѣляется отъ поверхности желудочка еще слоемъ тонкихъ мягкотныхъ нервныхъ волоконъ, большая часть которыхъ имѣетъ продольное направленіе; поперечный разрѣзъ этого участка бѣлаго вещества колбообразно утолщается съ медіальной, а еще рѣзче съ латеральной стороны ядра *p. hypoglossi*. Эти волокна обуславливаютъ уже макроскопически хорошо замѣтный бѣлый цвѣтъ дна ромбовидной ямки соотвѣтственно треугольнику ядра *p. hypoglossi*. Возлѣ самаго шва, непосредственно подъ эпендимой, мы замѣчаемъ кромѣ того еще овальный поперечный разрѣзъ маленькой группы нервныхъ клѣтокъ, которая носитъ названіе *nucleus funiculi teretis*». На рисункѣ 115 авторъ изображаетъ описанный слой продольныхъ волоконъ, обозначая его буквою *m*. О значеніи этихъ волоконъ а равно и о клѣткахъ, описанныхъ въ этой области Clarke'омъ, Obersteiner не упоминаетъ.

¹⁾ Koch, Undersøgelser over Nerv. hypoglossi's Udspring og Forbindelser i Medull. oblongata. Kopenhagen. 1887. Рефор. въ *Neurolog. Centralblatt*. 1887, стр. 291.

²⁾ Obersteiner, Руководство къ изученію строенія центральной нервной системы. Переводъ, 1888 г., стр. 217, 218.

Въ позапрошломъ году изъ лабораторіи Flechsig'a вышла работа Schütz'a ¹⁾, въ которой авторъ, стараясь объяснить причины рефлекторной неподвижности зрачковъ при прогрессивномъ параличѣ, натолкнулся на вопросъ о ходѣ волоконъ въ центральномъ сѣромъ веществѣ. По мнѣнію автора вопросъ этотъ былъ весьма мало изученъ до его изслѣдованій (стр. 529); указанія на интересующія его волокна онъ нашелъ только у Меуперт'a (коммиссуріальныя волокна въ области chiasma nn. optico-rum), Gensler'a (въ области aquaed. Sylvii), Obersteiner'a (дорзально отъ ядра n. hypoglossi) и Koch'a (тамъ-же). Малое знакомство съ этими волокнами Schütz объясняетъ (стр. 530) несовершенство раньше употреблявшихся методовъ изслѣдованія. Для изслѣдованія очень тонкихъ волоконъ, проходящихъ въ центральномъ сѣромъ веществѣ, по мнѣнію автора, пригоденъ лишь способъ Pal'a, по которому онъ и работалъ. Результаты его изслѣдованій выражаются въ слѣдующемъ. Въ центральномъ сѣромъ веществѣ продолговатаго мозга, нѣсколько выше перекреста пирамидъ, различается слой тонкихъ продольно идущихъ волоконъ, лежащій у самаго центральнаго канала (стр. 532). Слой этотъ, по направленію вверхъ (стр. 533), значительно увеличивается въ ширину, что обусловливается постепеннымъ вѣдреніемъ между волокнами его клѣтокъ ядра n. hypoglossi. На среднѣ ядра hypoglossi онъ прилежитъ въ видѣ шапки къ дорзальной поверхности этого ядра, отдѣляя его отъ эпендимы IV желудочка; далѣе въ церебральномъ направленіи онъ утончается у дорзальной поверхности ядра n. hypoglossi, но колбовидно утолщается по обѣимъ сторонамъ его и образуетъ здѣсь бѣлый мякотный слой, описанный Koch'омъ и Obersteiner'омъ. Авторъ (стр. 534) называетъ этотъ слой «дорзальнымъ продольнымъ пучкомъ» («dorsales Längsbündel»). По окончаніи ядра hypoglossi въ боковыхъ частяхъ «дорзальнаго продольнаго пучка» встрѣчаются отдѣльныя нервныя клѣтки, все болѣе увеличивающіяся въ числѣ и наконецъ переходящія въ ядро n. vagi. Далѣе «дорзальный продольный пучекъ» тянется между клѣтками и покрываетъ ядро vagi, какъ и ядро hypoglossi, съ дорзальной и съ боковой стороны. Часть его ограничиваетъ съ латеральной и медиаль-

¹⁾ Schütz, Anatomische Untersuchungen über den Faserverlauf im centralen Höhlengrau und den Nervenfaserschwund in demselben bei der progressiven Paralyse der Irren. Arch. f. Psychiatrie, Bd. XXII, H. 3.

ной стороны *nucleus funiculi teretis*, который лежитъ здѣсь медиально отъ ядра *n. vagi*. Выше, въ области ядра *n. acustici* (стр. 535) «дорзальный продольный пучекъ» значительно расширяется и покрываетъ во всю ширину дно IV желудочка, вмѣстѣ съ чѣмъ онъ становится значительно тоньше и волокна его располагаются менѣе плотно. Расхождениемъ волоконъ «дорзального продольного пучка» обуславливается то обстоятельство, что на поперечныхъ разрѣзахъ въ этой области волокна, лежащія ближе къ срединной линіи, оказываются перерѣзанными какъ разъ поперекъ, а болѣе латерально лежащія какъ бы тянутся въ сторону. Въ области ядра *n. facialis* и еще яснѣе выше, въ области напр. ядра *n. trigemini* (стр. 536) въ «дорзальномъ продольномъ пучкѣ» авторъ различаетъ поэтому два отдѣла: медиальный, состоящій изъ плотно другъ около друга лежащихъ волоконъ, и латеральный, волокна котораго кромѣ продольнаго принимаютъ еще латеральное направленіе. Далѣе волокна «дорзального продольного пучка» собираются по направленію къ *aquaeductus Sylvii*, проходятъ въ видѣ пучка продольныхъ волоконъ въ сѣромъ веществѣ его дна, а по выходѣ изъ *aquaeductus* раздѣляются на три пучка, два изъ которыхъ идутъ къ *thalamus opticus* (стр. 543) (одинъ къ главному ядру послѣдняго и къ *ganglion habenulae*, а другой къ частямъ *thalami*, лежащимъ болѣе церебрально и вентрально), третій же направляется къ *tuber cinereum*.

На своемъ ходу «дорзальный продольный пучекъ» отдаетъ волокна (стр. 544) въ первыхъ ядрахъ всѣхъ черепныхъ нервовъ и въ вторыхъ изъ него идутъ радіальные волокна въ *formatio reticularis grisea*. Вопросъ о томъ, центростремительные или центробѣжные импульсы проводятъ волокна «дорзального продольного пучка», авторъ оставляетъ открытымъ (стр. 543), но полагаетъ, что этотъ пучекъ служитъ связующимъ членомъ между частями центрального сѣраго вещества, расположенными на различныхъ уровняхъ головного мозга (стр. 542).

Такимъ образомъ Schütz въ своей работѣ близко касается области, составляющей предметъ настоящаго изслѣдованія, т. е. *funiculi teretis*. Подобно Koch'у и Obersteiner'у онъ описываетъ дорзально отъ ядра *n. hypoglossi* слой тонкихъ, продольно идущихъ нервныхъ волоконъ, составляющихъ, по его мнѣнію, часть длиннаго пучка волоконъ, тянущагося въ центральномъ сѣромъ веществѣ, начиная отъ верхняго конца

перекреста пирамидъ, до *tuber cinereum* и *thalamus opticus*. Колбовидныя утолщенія этого слоя, лежащія латерально и медіально отъ верхней половины ядра *hypoglossi* и описанныя *Obersteiner*'омъ, онъ считаетъ также состоящими исключительно изъ продольныхъ мякотныхъ волоконъ и ни слова не упоминаетъ о встрѣчающихся здѣсь клѣткахъ. Не входя въ подробный разборъ работы *Schütz*'а, я считаю необходимымъ указать лишь на слѣдующее обстоятельство. На стр. 534 *Schütz* говоритъ, что, по окончаніи ядра *hypoglossi*, между волокнами «дорзальнаго продольнаго пучка» начинаютъ встрѣчаться клѣтки, относимыя имъ къ ядру *n. vagi*, которое онъ далѣе помѣщаетъ латерально отъ *nucleus funiculi teretis*, отдѣляя его отъ послѣдняго только частью волоконъ «дорзальнаго продольнаго пучка». Не говоря уже о томъ, что по описанію *Clarke*, мнѣнія котораго относительно ядеръ *nn. vagi* и *glossopharyngei* въ центральномъ сѣромъ веществѣ держится въ настоящее время большинство изслѣдователей, въ описываемой *Schütz*'омъ области ядро *n. vagi* уже окончилось и замѣнилось ядромъ *n. glossopharyngei*, ни ядро *n. vagi*, ни ядро *n. glossopharyngei* нигдѣ такъ близко не лежатъ къ «*nucleus funiculi teretis*» (подъ которымъ авторъ очевидно понимаетъ вмѣстѣ съ *Obersteiner*'омъ овальную группу клѣтокъ, лежащую у медіальной борозды и названную *Meunert*'омъ медіальнымъ ядромъ). Къ сожалѣнію топографія сѣраго вещества дна IV желудочка между проксимальнымъ концомъ ядра *n. hypoglossi* и тѣмъ уровнемъ дна, на которомъ большая часть его оказывается занятой внутреннимъ (*Meunert*) или «треугольнымъ» (*Obersteiner*) ядромъ *n. acustici*, большинствомъ авторовъ не описывается. Но у *Clarke* на 39 рис. XI таблицы ¹⁾ изображено именно это мѣсто продолговатаго мозга и здѣсь видно, что ядро *n. glossopharyngei* (t на рис.) отдѣлено отъ медіальнаго ядра (T на рис.) образованіемъ, имѣющимъ на этомъ уровнѣ значительный поперечный размѣръ и состоящимъ изъ волоконъ и клѣтокъ. Это есть то именно образованіе, которое *Clarke* описываетъ подъ именемъ «*fasciculus teres*». Оно-то образованіе именно и окружается съ дорзальной и латеральной стороны волокнами «дорзальнаго продольнаго пучка» *Schütz*'а и граничитъ медіально съ медіальнымъ ядромъ *Meunert*'а, отдѣляясь отъ послѣдняго частью волоконъ того-же пучка.

¹⁾ *Clarke*, l. c. 1868 г.

Работа Schütza имѣетъ важное значеніе для настоящаго изслѣдованія въ томъ отношеніи, что этотъ авторъ впервые вполне обстоятельно описалъ продольныя волокна, входящія въ составъ *funiculi teretis*, выдѣлилъ ихъ въ самостоятельный пучекъ и указалъ ихъ анатомическое значеніе.

Въ настоящемъ году появились два руководства по анатоміи центральной нервной системы: второе изданіе руководства Obersteiner'a и «*Anatomia dei centri nervosi*» Scervini. Въ первомъ ¹⁾ авторъ къ сказанному имъ въ первомъ изданіи его руководства (см. выше) прибавляетъ только, что описываемый имъ слой большею частью продольныхъ нервныхъ волоконъ, лежащій дорзально отъ ядра *p. hypoglossi*, названъ Schütz'емъ «дорзальнымъ продольнымъ пучкомъ» (стр. 284), но все таки не упоминаетъ ни о его значеніи, ни о клеткахъ, встрѣчающихся между волокнами его.

Scervini ²⁾ говоритъ очень мало о строеніи *funiculi teretis* и новѣйшихъ изслѣдованій въ этой области онъ не приводитъ вовсе. По его словамъ (стр. 69—70) выше *Striae acusticae* по бокамъ *sulcus longitudinalis* лежатъ два цилиндрическія возвышенія, заостренныя на концахъ, извѣстныя подъ именемъ *funiculus teres*, считавшіяся одно время ядрами VI пары, но состоящія не изъ сѣраго вещества. На уровнѣ задней половины *fossae rhomboideae* продолженіе *funiculi teretis* носитъ названіе *ala alba interna* и содержитъ большія моторныя клетки, изъ которыхъ беретъ начало *p. hypoglossus*.

Изъ этихъ словъ видно въпервыхъ, что по мнѣнію Scervini возвышенія дна IV желудочка, извѣстныя подъ именемъ *funiculi teretes*, лежатъ не въ нижней, а въ верхней половинѣ ромбовидной ямки. На рисункѣ 62 онъ дѣйствительно изображаетъ два участка по бокамъ *sulcus longitudinalis* въ верхней половинѣ ромбовидной ямки медиально отъ возвышеній дна, образуемыхъ колѣномъ *facialis* (*eminentia teres*), ограничивая ихъ прямыми линіями и называя «*cordoni tereti*». Но въ этомъ мѣстѣ, на сколько мнѣ извѣстно, никто изъ анатомовъ не описывалъ до сихъ поръ никакихъ продольныхъ возвышеній, а подъ именемъ *funiculi teretes* всѣ понимаютъ продольныя возвышенія дна IV желудочка, лежащія въ нижней его половинѣ. Въторыхъ изъ тѣхъ-же словъ Scervini явствуетъ, что медиальное возвышеніе нижней поло-

¹⁾ Obersteiner, Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane. Leipzig und Wien. 1892.

²⁾ Scervini, Anatomia dei centri nervosi. Napoli, 1892.

вины дна IV желудочка, называемое имъ (по Henle) *ala alba interna*, содержитъ большія нервныя клѣтки, служащія началомъ п. *hypoglossi*. Далѣе, въ главѣ о послѣднемъ нервѣ (стр. 264—265) онъ говоритъ, что ядро это имѣетъ съ поверхности бѣлый цвѣтъ и что на трансверзальныхъ срѣзахъ черезъ эту область надъ ядромъ п. *hypoglossi* видѣнъ небольшой (*leggiere*) слой волоконъ, принадлежащихъ п. *vago*, самое же ядро XII состоитъ изъ двухъ скопленій клѣтокъ, имѣющихъ большее протяженіе, чѣмъ *ala alba*. Изъ послѣднихъ словъ трудно понять, конечно, какое скопленіе понимаетъ авторъ подъ именемъ второго ядра *hypoglossi*. Быть можетъ онъ разумѣетъ подъ нимъ мелкоклѣточковое ядро Roller'a¹⁾, а можетъ быть онъ причисляетъ къ ядру *hypoglossi* группу клѣтокъ, лежащую дорзально и снаружи отъ «классическаго» ядра XII и описанную Clarke'омъ въ составѣ «*fasciculi teretis*». Слой-же продольныхъ волоконъ, лежащій дорзально отъ ядра п. *hypoglossi* («дорзальный продольный пучекъ» Schütz'a) Scervini относитъ къ волокнамъ п. *vagi*²⁾.

Изъ вышеприведеннаго видно, какъ несовершенны еще знанія о строеніи дна IV желудочка въ области *funiculi teretis*. Всѣ поименованные авторы описываютъ позади ядра подъязычнаго нерва образованіе, состоящее по мнѣнію однихъ изъ волоконъ и клѣтокъ, по мнѣнію другихъ только изъ клѣтокъ, а по мнѣнію третьихъ только изъ волоконъ. Впервые эти волокна и эти клѣтки были описаны Clarke'омъ въ 1868 году; этотъ изслѣдователь относилъ и тѣ, и другія болѣею частью къ ядру *facialis-abducentis*. Meynert, подтверждая слова Clarke'a о строеніи этого образованія, не соглашается съ мнѣніемъ послѣдняго о его значеніи и полагаетъ, что названная имъ «*eminentia teres*» («*fasciculus teres*» Clarke) служитъ началомъ волоконъ пп. *vagi* и *glossopharyngei*. Въ послѣднее время мнѣнія Meynert'a держится Scervini, который, впрочемъ, описываетъ дорзально отъ ядра *hypoglossi* только волокна, не упоминая о клѣткахъ. Henle описываетъ и группу клѣтокъ, и тонкія волокна дорзально отъ ядра п. *hypoglossi*, при чемъ, ничего не говоря о дальнѣйшемъ ходѣ и значеніи волоконъ, клѣтки относятъ къ ядру п. *hypoglossi*. Schwalbe полагаетъ, что клѣтки *eminentiae teretis* Meynert'a служатъ

¹⁾ Roller, Archiv für microscopische Anatomie. Bd. XIX стр. 383—395.

²⁾ Судя по приложенной въ концѣ книги „библіографія“, автору не было извѣстно сочиненіе Schütz'a. Литература доведена имъ только до 1885 года.

началомъ волоконъ круглаго пучка, волокна же по его мнѣнію идутъ не продольно, а трансверзально. Что это за волокна, куда они идутъ, Schwalbe не выясняетъ. Kahler считаетъ, что *funiculus teres* занятъ только ядромъ *n. hypoglossi* и что латерально отъ него лежитъ «*eminencia teres*» — группа клѣтокъ, относимая имъ къ ядру *n. glossopharyngei*. Koch описываетъ слой волоконъ дорзально отъ ядра подъязычнаго нерва, который онъ относитъ къ ядру *hypoglossi*, считая ихъ за *fibrae propriae* этого ядра. Obersteiner описываетъ также только волокна дорзально отъ ядра *n. hypoglossi*, не выясняя ихъ дальнѣйшаго хода и значенія. Наконецъ Schütz, описывая тѣ-же волокна, выясняетъ ихъ значеніе и ходъ, полагая, что онѣ входятъ въ составъ длиннаго пучка продольныхъ волоконъ, названнаго имъ «дорзальнымъ продольнымъ пучкомъ» и служащаго для соединенія ниже лежащихъ частей центрального сѣраго вещества съ частями вышележащими (между прочимъ нервныхъ ядеръ продолговатаго мозга съ сѣрымъ веществомъ *thalami optici*).

Болѣе согласія существуетъ въ описаніи строенія *funiculi teretis* у его верхняго края. Такъ какъ медіальное возвышеніе дна IV желудочка, извѣстное подъ именемъ *funiculi teretis*, имѣетъ скорѣе треугольную, чѣмъ цилиндрическую форму, то я предпочитаю выбрать для обозначенія его предложенное Henle названіе — *ala alba medialis*. Какъ выше упомянуто, *ala alba medialis* имѣетъ форму треугольника, вершиною обращеннаго назадъ, а основаниемъ впередъ, гранича съ проходящими на этомъ уровнѣ *striae medullares*. Въ области широкой ея части, вблизи основанія ядро подъязычнаго нерва уже окончилось. Эта область, какъ выше упомянуто, подробно не описана никѣмъ изъ изслѣдователей за исключеніемъ Clarke'a. На этомъ уровнѣ такъ называемое внутреннее (Clarke, Meynert) или треугольное (Obersteiner) ядро *n. acustici*, лежащее тотчасъ кнаружи отъ ядра *vago-glossopharyngei*, значительно увеличилось въ поперечникѣ, оттѣснивъ ядро *n. glossopharyngei* отъ поверхности дна ромбовидной ямки вглубь. Нѣсколько выше, въ области основанія *alae albae medialis*, внутреннее ядро *n. acustici*, по словамъ Clarke'a ¹⁾, достигаетъ по направленію къ медіальной линіи до лежащаго у нея «*fasciculus teres*» (см. его рис. 40-й табл. XI и 42-й табл. XII). Всѣ послѣдующіе изслѣдователи,

¹⁾ Clarke, l. c. стр. 290.

на сколько мнѣ извѣстно, за исключеніемъ Меунерт'а, при описаніи микроскопической картины на этомъ уровнѣ продолговатаго мозга, совсѣмъ не упоминають объ образованіи, соотвѣтствующемъ *fasciculus teres Clarke'a*.

Но и Меунерт, упоминая въ одномъ мѣстѣ, что Clarke по справедливости отдѣлилъ отъ внутренняго ядра *n. acustici* медіальное возвышеніе—*eminentiam teretem* (см. выше), въ другомъ ¹⁾ говоритъ: «въ средней части внутренняго ядра *n. acustici* ему принадлежитъ вся ширина ромбовидной ямки». А средняя часть ядра *n. acustici* именно и соотвѣтствуетъ уровню основанія *alae albae medialis*. Затѣмъ Henle ²⁾ на рисунокѣ 149 изображаетъ поперечный разрѣзъ продолговатаго мозга на описываемомъ уровнѣ. На этомъ рисунокѣ внутреннее или, какъ его называетъ Henle, верхнее ядро *n. acustici* занимаетъ все сѣрое вещество дна IV желудочка за исключеніемъ маленькаго участка у *raphe*, занятого овальной группой клѣтокъ, которую Henle считаетъ верхнимъ концомъ ядра *n. hypoglossi* (медіальное ядро Меунерт'а). Schwalbe ³⁾ говоритъ, что съ уменьшеніемъ ядра *n. vagi*, внутреннее (онъ называетъ «главное») ядро *n. acustici* быстро увеличивается, отгѣсняя вглубь ядро *n. glossopharyngei* и простирается въ медіальномъ направленіи до послѣднихъ остатковъ ядра *n. hypoglossi*. Krause ⁴⁾, который называетъ это ядро *n. acustici* медіальнымъ ядромъ задняго корешка его, говоритъ, что вблизи *striae acusticae* оно занимаетъ почти всю область дна IV желудочка.

То-же самое описываетъ Wernicke ⁵⁾. Онъ говоритъ: «сѣрое дно между *corpus rectiforme* и *raphe* принадлежитъ внутреннему ядру *n. acustici* до маленькаго ядра, лежащаго тотчасъ у срединной линіи, медіальнаго ядра, содержащаго многочисленныя веретенообразныя клѣтки и по Меунерт'у принадлежащаго происхожденію *n. glossopharyngei*». Описанное такимъ образомъ мѣсто изображено Wernicke на рисунокѣ 62-мъ, гдѣ дѣйствительно видно, что все дно IV желудочка занято однообразной массой внутренняго ядра *n. acustici* за исключеніемъ маленькаго овальнаго участка у *raphe*, обо-

¹⁾ Meunert, l. c. стр. 781.

²⁾ Henle, l. c. стр. 237.

³⁾ Schwalbe, l. c. стр. 665.

⁴⁾ Krause, Allgemeine und mikroskopische Anatomie. Hannover, 1876, стр. 419.

⁵⁾ Wernicke, l. c. стр. 159.

значеннаго буквами mk (medialer Kern). Kahler ¹⁾ говоритъ также, что на уровнѣ верхней трети оливъ «сѣрая масса дна, отдѣленная отъ эпендимы посредствомъ *striae acusticae*, занята во всю ширину внутреннимъ ядромъ п. *acustici*».

То-же повторяетъ Edinger ²⁾: «внутри отъ *corp. restiforme* во всю ширину лежитъ второе главное ядро п. *acustici*, дорзальное ядро».

Описание внутренняго ядра п. *acustici*, данные Розенбахомъ и Эрлицкимъ ³⁾ также вполне аналогично предыдущимъ.

Наконецъ, Obersteiner, называющій въ первомъ изданіи своего руководства внутреннее ядро Clarke'a и Meynert'a главнымъ, а во второмъ—треугольнымъ ядромъ п. *acustici*, говоритъ, ⁴⁾ что по исчезаніи ядра п. *hypoglossi* область подъ ромбовидной ямкой занята большею частью треугольнымъ чисто сѣрымъ полемъ, верхушка котораго достигаетъ средней линіи,—треугольнымъ ядромъ п. *acustici*. На рис. 120 это мѣсто изображено у него соотвѣтственно приведенному описанію.

Такимъ образомъ я считаю возможнымъ сказать, что, по мнѣнію большинства изслѣдователей, по исчезаніи ядра п. *hypoglossi*, мѣсто его занимаетъ медіальной частью постепенно увеличивающагося по направленію снизу вверхъ и на этомъ уровнѣ достигшаго своей наибольшей ширины внутренняго или треугольнаго ядра слуховаго нерва. Всѣ авторы, признающіе лежащее параллельно ядру подъязычнаго нерва образованіе, аналогичное описанному Clarke'омъ «*fasciculus teres*», полагаютъ такимъ образомъ, что это образованіе вмѣстѣ съ окончаніемъ ядра п. *hypoglossi* также оканчивается, остается только маленькая овальная группа клѣтокъ у самаго *gange* (медіальное ядро Meynert'a), которая и тянется на нѣкоторомъ пространствѣ у внутренняго края внутренняго ядра слуховаго нерва. Clarke однако говоритъ, что его *fasciculus teres* не прекращается по прекращеніи ядра п. *hypoglossi*, но тянется во всемъ своемъ составѣ (т. е. сохраняя какъ свои волокна, такъ и клѣтки) вдоль внутренняго ядра п. *acustici*, чтобы потомъ, когда послѣднее начнетъ уменьшаться, перейти въ общее ядро лицевого и отводящаго нерва.

¹⁾ Kahler, l. c. стр. 232.

²⁾ Lwölff Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane. Leipzig. 1899, стр. 146.

³⁾ Основанія къ изученію микроскопической анатоміи человѣка и животныхъ. Подъ ред. Лавдовскаго и Овсянникова. Петербургъ, 1888, стр. 861.

⁴⁾ Obersteiner, l. c. изд. 1892 г. стр. 285.

Переходя къ изложенію своихъ изслѣдованій въ описанной области, я считаю болѣе удобнымъ замѣтить здѣсь-же, вначалѣ, что эти изслѣдованія привели меня къ заключенію, что дорзально и латерально отъ ядра подъязычнаго нерва находится группа небольшихъ нервныхъ клѣтокъ, до сихъ поръ описанная только Clarke'омъ, описаніе котораго, впрочемъ, какъ будетъ указано ниже, не полно и не точно. Группа эта мѣстами вполне рѣзко обособлена отъ окружающихъ частей, мѣстами-же такихъ рѣзкихъ границъ не существуетъ, но во всякомъ случаѣ клѣтки ея остаются всегда собранными въ одномъ мѣстѣ и отъ нея отходятъ многочисленныя нервныя волокна для соединенія съ окружающими частями. По этимъ признакамъ такая группа заслуживаетъ названія отдѣльнаго ядра и въ дальнѣйшемъ изложеніи ради краткости я позволяю себѣ называть это ядро дорзальнымъ ядромъ *nucleus dorsalis*. Такое названіе оправдывается во первыхъ положеніемъ ядра въ наиболѣе дорзальной части продолговатаго мозга, а во вторыхъ близкимъ сосѣдствомъ и быть можетъ тѣсной связью съ частью того пучка продольныхъ волоконъ, который Schütz назвалъ дорзальнымъ продольнымъ пучкомъ.

Мнѣ кажется, что приведенныя выше названія, раньше употреблявшіяся для обозначенія описываемаго мѣста, не точны и легко могутъ подать поводъ къ смѣшиванію различныхъ понятій.

Какъ уже сказано, подъ именемъ *funiculus teres* извѣстно въ описательной анатоміи макроскопически видное медіальное продольное возвышеніе задней половины дна IV желудочка ¹⁾. (Оно не имѣетъ собственно цилиндрической формы, какъ бы должно слѣдовать изъ этого названія, и потому удобнѣе сохранить за нимъ данное Henle названіе—*ala alba medialis*). Это возвышеніе обуславливается, какъ уже можно судить изъ вышеизложеннаго, не однимъ какимъ либо образованіемъ, а нѣсколькими, анатомически и функціонально различными, между которыми находится и описываемое здѣсь дорзальное ядро. Поэтому называть послѣднее «*funiculus teres*» или «*fasciculus teres*» (Clarke), значитъ смѣшивать часть съ цѣ-

¹⁾ Только Duval, на сколько мнѣ извѣстно, подъ этимъ именемъ подразумѣваетъ совсѣмъ другое понятіе: онъ называетъ „*funiculus teres*“ продольную часть волѣна *facialis*. (Sur l'origine réelle des nerfs crâniens. Journ. de l'Anatomie et de la Physiologie. 1876, стр. 520).

лымъ. Кромѣ того подъ именемъ «*fasciculus teres*» Clarke описывалъ и пучекъ продольныхъ волоконъ и группу клѣтокъ, лежащія дорзально отъ ядра подъязычнаго нерва, считая ихъ за одно образованіе. Между тѣмъ лежащія здѣсь продольныя волокна выдѣлены, какъ сказано выше, Schütz'омъ въ особое образованіе и составляютъ часть «дорзальнаго продольнаго пучка». Слѣдовательно, тѣмъ меньше причины сохранять за остающеюся частью описаннаго Clarke'омъ образованія—группою клѣтокъ—данное имъ названіе «*fasciculus teres*».

Употребляемое Meunert'омъ названіе «*eminentia teres*» тоже сбивчиво, такъ какъ подъ этимъ именемъ извѣстно въ описательной анатоміи возвышеніе верхней половины дна IV желудочка, соотвѣтствующее продольной части колѣна п. *facialis* и ядру п. *abducentis*. Schwalbe называетъ описываемую группу клѣтокъ «*nucleus funiculi teretis*». Но образованія, входящія въ составъ *funiculi teretis*, различныя по своему характеру и значенію, не могутъ имѣть общаго ядра. Образованія эти большею частью, какъ будетъ указано ниже, представляютъ собой также «ядра» и только одно изъ нихъ есть пучекъ продольныхъ волоконъ; но и эти волокна, какъ доказалъ Schütz, не имѣютъ одного общаго ядра, а служатъ для соединенія между собой частей центрального сѣраго вещества, лежащихъ на различныхъ уровняхъ.

Во избѣжаніе повтореній замѣчу здѣсь, что, при описаніи взаимнаго отношенія частей, тѣ изъ нихъ, которыя лежатъ ближе къ головному мозгу, я считаю верхними или проксимальными, а тѣ, которыя лежатъ ближе къ спинному—нижними или дистальными; затѣмъ части, лежащія ближе къ передней поверхности, я буду называть передними или вентральными, а лежащія ближе къ задней—задними или дорзальными.

Эпилепсія, проявляющаяся подъ вліяніемъ звуковыхъ раздраженій.

(Изъ клиники проф. П. И. Ковалевскаго).

Я. Я. Трутовскій.

Причинные моменты, обуславливающіе эпилепсію, можно раздѣлить на предрасполагающіе и вызывающіе. Къ первымъ будутъ относиться всѣ тѣ, которые, такъ или иначе вліяя на нервную систему, вызываютъстройство ея питанія, или воздѣйствіемъ своимъ на судистый аппаратъ головного и спинного мозга, или измѣненіемъ самыхъ клѣточныхъ элементовъ этого послѣдняго. Здѣсь прежде всего должна быть указана наследственность, какъ моментъ, обуславливающий характеръ самой почвы, на которой будетъ развиваться то или другое страданіе нервной системы. И, дѣйствительно, безъ преувеличенія можно сказать, что эпилепсія—наследственная болѣзнь, ибо въ $\frac{2}{3}$ всѣхъ случаевъ заболѣванія можно несомнѣнно доказать наследственность. Алкоголики, эпилептики, душевно-больные, нейрастеники всякаго происхожденія суть по преимуществу лица, которыя даютъ своему потомству подорванную нервную систему, способную къ заболѣванію эпилепсіей.

Далѣе возрастъ оказываетъ большое вліяніе какъ на проявленіе наследственной эпилепсіи, такъ и на самостоятельное заболѣваніе этимъ страданіемъ. Наибольшая частота появленія эпилепсіи падаетъ на возрастъ отъ 10—20 лѣтъ, когда организмъ растетъ и развивается. Начиная отъ этого возраста внизъ до момента появленія на свѣтъ и вверхъ до бо-лѣтняго возраста частота появленія эпилепсіи постепенно уменьшается, а за предѣлами бо-лѣтняго возраста встрѣчается, какъ исключительная рѣдкость, лишь въ 3 или 2 на 1000 случаевъ заболѣванія.

Что касается пола, то замѣчено, что въ общей массѣ случаевъ женщины чаще заболѣваютъ, чѣмъ мужчины. Такъ, Gowers сообщаетъ, что на 100 эпилептиковъ—мужчинъ приходится до 114 больныхъ женщинъ. Причина этого явленія можетъ быть лежить въ томъ, что эпилепсія—нейрозъ юношескаго возраста, т. е. когда дѣвушки такъ часто страдаютъ анеміей и хлорозомъ, ведущимъ къ очень значительному ослабленію и истощенію центральной нервной системы. Всѣ перечисленные моменты, какъ мы уже сказали, создаютъ почву, годную для заболѣванія эпилепсіей. Но чтобы эта послѣдняя проявилась, для этого требуется толчекъ, моментъ, который называютъ вызывающимъ. Этотъ послѣдній можетъ быть весьма разнообразнымъ. Сюда прежде всего можно отнести испугъ или какой нибудь другой сильный аффектъ. Этотъ послѣдній особенно дѣйствуетъ на предрасположенныхъ женщинъ. Поврежденіе головы, солнечный ударъ могутъ быть также отнесены къ такимъ вызывающимъ моментамъ.

Половые излишества описывались авторами, какъ причины появленія падучей болѣзни, но, несомнѣнно, значеніе ихъ слишкомъ преувеличено.

Затѣмъ слѣдуетъ цѣлый рядъ причинъ, отраженнымъ путемъ вызывающихъ эпилепсію. Сюда могутъ быть отнесены сильныя, постоянныя раздраженія периферическихъ нервовъ, отъ какой-бы причины они ни происходили. Такъ, эпилепсія часто обнаруживается у дѣтей во время прорѣзыванія зубовъ, при раздраженіи нервовъ растущими опухольями, при травмѣ нервныхъ стволовъ, при чемъ въ этомъ послѣднемъ случаѣ она можетъ обнаружиться по прошествіи недѣль, мѣсяцевъ и даже лѣтъ послѣ самаго воздѣйствія причины. Къ отдѣлу тѣхъ-же причинъ относятся заболѣваніе полового аппарата у женщинъ, раздраженіе кишечнаго канала присутствіемъ глистовъ, прохожденіе желчныхъ камней, печеночныя колики и т. д. Наконецъ, эпилепсія можетъ развиваться послѣ лихорадочныхъ болѣзней или въ теченіи ихъ.

Самымъ рѣдкимъ моментомъ, могущимъ вызвать появленіе эпилепсіи, считается раздраженіе слухового аппарата и особенно слуховыя впечатлѣнія. И, дѣйствительно, органическое пораженіе органа слуха, какъ при-

чинный моментъ эпилепсіи, явленіе очень рѣдкое,—но еще несравненно рѣже тѣ случаи, когда приступы эпилепсіи появляются подъ вліяніемъ звуковыхъ раздраженій, какъ: музыки, пѣнія и проч. Такихъ случаевъ въ литературѣ можно насчитать очень немного. Такъ, д-ръ Steinbrügge ¹⁾ наблюдалъ 45-лѣтняго больного, страдавшаго эпилептическими припадками съ 15-ти-лѣтняго возраста, у котораго наступали судороги всякій разъ, какъ онъ слышалъ музыкальные звуки, въ то время, какъ другіе даже сильные шумы и крики оставались безъ такого эффекта. Проф. Мержеевскій ²⁾ сообщилъ въ 1884 году о случаѣ эпилепсіи, припадки которой вызывались музыкальными тонами. Если больной находился въ концертномъ залѣ, то новый мотивъ всегда вызывалъ у него чувство стягиванія въ горлѣ и блѣдность лица и, если больной немедленно не выходилъ изъ залы, то у него развивался эпилептический припадокъ, съ общими судорогами, прикусываніемъ языка и появленіемъ пигментации на лбу. Когда больной привыкалъ къ извѣстной мелодіи, то припадокъ вовсе не появлялся, а иногда новый мотивъ вызывалъ только головокруженіе въ видѣ ауры.

Въ виду такой скудости наблюденій касательно вліянія слуховыхъ раздраженій на появленіе эпилепсіи, считаемъ не лишнимъ привести и нашъ случай, который мы наблюдали въ клиникѣ проф. П. И. Ковалевскаго.

Больной Д., 31-го года, фармацевтъ, поступилъ въ клинику 21-го октября 1891 года.

Status praesens. При наружномъ осмотрѣ больной представляется роста средняго (175 см.), тѣлосложенія крѣпкаго, съ правильно развитымъ скелетомъ, хорошо развитой мускулатурой всего организма и умѣренно развитымъ подкожнымъ слоемъ. Покровы кожи блѣдны, видимыя слизистыя оболочки слегка анемичны. Волосы на головѣ русые, густые и волосистость всего тѣла умѣренно развиты. Вѣсъ тѣла=4 п. 4 ф. Объемъ груди=90 с. Форма головы овальная. Измѣреніе ея дало слѣдующія цифровыя данныя:

¹⁾ Steinbrügge, Ein seltener Fall von Acusticus-reflex, Zeitschr. f. Ohrenheilk. В. XIX. См. д-ръ Бѣляковъ. О вліяніи заболѣванія органа слуха на развитіе и теченіе душевнаго расстройства.

²⁾ Протоколы засѣданій общества психіатровъ въ Спб. за 1884 г. Стр. 20.

наибольшая окружность черепа 58 см., затылочно-ушная линия 18 с., лобо-ушная—32 с., теменно-ушная—36 с., подборочно-ушная—34 с., прямой діаметръ черепа—16 с., кривая от *glabella* до *protuberantia occipitalis externa* 32 с., поперечный—13 с., правый косой—16 с., лѣвый косой—16 с., діаметръ основанія черепа—20 с., діаметръ высоты черепа—11,5 с., высота лба—7 с., ширина лба 16 с. Діаметръ лба—9 с. Уродливостей и неправильностей черепа нѣтъ. Типъ черепа, по показателю Брока суббрахицефаличскій. Лице продолговатое. Подвижность вѣкъ сохранена, подвижность глазъ тоже, страбизмовъ нѣтъ, влажность и блескъ глазъ нормальны. Зрачки равномерно расширены, первичная и вторичная реакція ихъ сохранены. Поле зрѣнія—кнаружи 85°, внутрь 65°, вверхъ 75°, а внизъ 70°. Острота зрѣнія $\frac{20}{20}$. Свѣто и цвѣто-ощущеніе сохранены. Офтальмоскопическія данныя ничего ненормальнаго не показали. Мышцы лица мало подвижны, чувствительность кожи лица сохранена, выраженіе лица сосредоточенное, угрюмое. Полость носа ничего ненормальнаго не содержитъ. Языкъ нормаленъ и при высываніи не дрожитъ. Язычекъ малъ и отклоненъ немного влѣво. Вкусовая и обонятельная ощущенія сохранены и нормальны. Небо нормально. Зубы, за исключеніемъ одного лѣваго коренного зуба нижней челюсти, нормальны. Форма ушей правильная, величина ихъ умѣренная. Отоскопія ничего ненормальнаго не обнаружила. Острота слуха какъ праваго, такъ и лѣваго уха—230 сант. Дифференцировка тоновъ сохранена, слухъ черезъ черепъ тоже. М. *sterno-cleido-mastoidei* рѣзко выражены. Подмышечныя и паховыя лимфатическія желѣзы представляются нѣсколько увеличенными. Постукиваніе легкихъ, равно и ихъ выслушиваніе ничего ненормальнаго не дали. Тоже можно сказать о сердцѣ и относительно *art. pulmonalis* и *art. aorta*. Пульсъ 68—80 ударовъ въ минуту, средней силы и наполняемости. Температура тѣла 36,8°. Верхняя граница печени нормальна и печень не выдается изъ—за края ложныхъ реберъ. Границы селезенки нормальны. Кишечникъ вздутъ газами. Артеріальные и венозные сосуды не склерозированы. Суточное количество мочи—1200 куб. с., цвѣта соломенно-желтаго, удѣльный вѣсъ—1020, кислой реакціи; изслѣдованіе ея ни бѣлка, ни сахара, ни форменныхъ элементовъ не обнаружило. Мышцы мочевого пузыря функционируютъ правильно; сфинктеръ прямой кишки—тоже. Половая дѣятельность безъ измѣненій, онанизмомъ больной не занимается. Въ строеніи позвоночника никакихъ уклоненій не замѣчается, чувствительность его сохранена и нормальна,—подвижность его тоже. Строеніе конечностей нормально, мускулатура ихъ достаточ-

но развита. Тактильная чувствительность кожи всюду сохранена; на позвоночникѣ замѣчается легкое ея повышеніе. Температурное чувство сохранено, болевое повышено на позвоночникѣ, особенно въ нижней его части. Мышечные рефлексы нѣсколько повышены; остальные-же безъ измѣненій. Динамометрія правой руки—90; лѣвой—87. Потоотдѣленіе и слюноотдѣленіе нормальны. Сонъ хорошъ, аппетитъ тоже; отправленіе кишечника ежедневное, нормальное. Что касается вниманія больного къ окружающей обстановкѣ, то оно представляется нѣсколько повышеннымъ: все, что вокругъ него дѣлается, даже всякія мелочи, сильно интересуютъ его. При изслѣдованіи его различными инструментами, больной долго и внимательно разсматривалъ каждый изъ нихъ, спрашивалъ изъ чего и какъ они устроены и для какой цѣли ихъ употребляютъ. За послѣднее время пребыванія его въ лечебницѣ всякій рѣзкій стукъ сильно раздражалъ его, а колокольный звонъ ближней церкви приводилъ его въ сильное возбужденіе.

Что касается иллюзій и галлюцинацій, то онѣ состояли въ томъ, что ложась спать онъ нерѣдко на стѣнѣ видѣлъ свѣтлые зигзаги молній; фиксируя свой взглядъ на пламя лампы, ему казалось, что душа его переселяется въ пламя, а тѣло, лишенное души, дѣлалось какъ-бы стекляннымъ. Количество представленій въ началѣ поступленія больного въ лечебницу было нѣсколько уменьшено и образованіе ихъ замедлено; такъ, онъ обыкновенно очень медленно отвѣчалъ на предлагаемые вопросы и иногда затруднялся отвѣчать даже на простые вопросы; ходъ представленій нѣсколько замедленный. По временамъ больному казалось, что онъ не на землѣ, а гдѣ-то въ безвоздушномъ пространствѣ; временами ему казалось, что онъ летаетъ. Въ остальное время больной вполне сознаетъ ихъ нелѣпость. Ассоціація представленій безъ уклоненій. Насильственныхъ и фиксированныхъ представленій у него не имѣется. Способность запоминанія сохранена; способность же припоминанія нѣсколько ослаблена; такъ, при распросахъ нашихъ онъ обнаружилъ отсутствіе памяти о такихъ обстоятельствахъ, которые можно причислить къ выдающимся въ его жизни, напр. время перваго припадка болѣзни, годъ его женитьбы и т. п. Сужденія и заключенія больного правильны. Настроеніе духа измѣнчиво. При поступленіи больного замѣчалось рѣзкое подавленное состояніе, въ слѣдующіе же дни онъ то бывалъ веселъ, то задумчивъ. Онъ сознаетъ вполне, что находится въ лечебницѣ, что его окружаютъ душевно-больные и скоро могъ разсказать, въ какой формѣ выражается болѣзненное состояніе каждаго изъ нихъ. Въ началѣ поступленія больного замѣчалось иногда слишкомъ вольное и даже нахальное обра-

щеніе съ окружающими; нѣкоторыхъ больныхъ онъ дразнилъ и сердилъ, видимо доставляя себѣ этимъ удовольствіе. Въ послѣдующіе дни показывалъ по отношенію къ себѣ чрезмѣрную щепетильность. Такъ, нерѣдко на нѣкоторые вопросы, касающіеся его прошлой жизни, не отвѣчалъ, спрашивая полонезрительно, зачѣмъ это нужно знать и просилъ никому изъ товарищей не говорить, какая у него болѣзнь. Время проводилъ больной частью въ разговорахъ съ нѣкоторыми больными,—частью въ писаніи писемъ къ своимъ родственникамъ, при чемъ письма были правильно и четко написаны. Къ себѣ относился внимательно и ходилъ всегда чрезвычайно опрятно.

Во время пребыванія больного въ лечебницѣ съ нимъ разъ вечеромъ случился припадокъ, вызванный игрой на рояли, который, по словамъ очевидцевъ, состоялъ въ слѣдующемъ: голова вдругъ наклонилась вправо, затѣмъ опрокинулась назадъ, наконецъ, влѣво и внизъ; глаза сперва скошенные, закатились, ротъ представлялся перекошеннымъ. Такія вращенія головы, сперва медленные, затѣмъ участились и голова начала быстро вращаться. Такъ продолжалось минуты 2 и затѣмъ вращенія постепенно ослабли и черезъ минуту исчезли. При этомъ лицо, вначалѣ блѣдное, слѣдалось цианотичнымъ, дыханіе представлялось затрудненнымъ и сознаніе нѣсколько помраченнымъ. Такое помраченіе доказывалось тѣмъ, что больной вяло и не впадѣ отвѣтилъ на нѣсколько предложенныхъ ему вопросовъ. Послѣ припадка онъ чувствовалъ слабость и чувство общаго недомоганія. Такой приступъ во время пребыванія въ лечебницѣ съ нимъ случился лишь одинъ разъ.

Анамнезъ. И. Н., сынъ дьякона, родился въ с. Солово Стародубскаго уѣзда Черниговской губерніи въ 1861 году отъ здоровыхъ родителей, когда отцу его было 36 лѣтъ отъ роду, а матери 18-ть. Отецъ дожилъ до глубокой старости (66 лѣтъ) и умеръ лѣтъ восемь тому назадъ отъ остраго воспаленія мочевого пузыря. Сифилисомъ не болѣлъ, пристрастія къ алкоголю не имѣлъ и былъ добрымъ и всѣми любимымъ членомъ общества. Мать больного и донинѣ жива; здоровая, но очень злая женщина, отъ сварливаго характера которой много пришлось вытерпѣть въ дѣтствѣ какъ нашему больному, такъ равно и всей семьѣ. Кромѣ нашего больного было еще 9 человѣкъ дѣтей, изъ которыхъ осталось въ живыхъ шестеро; двое умерло въ дѣтствѣ, страдая эклампсіей. Одинъ братъ умеръ взрослымъ отъ брюшного тифа; кромѣ того одна изъ сестеръ страдала снохожденіемъ. Одинъ братъ больного сильно пьетъ; другой-же—человѣкъ испорченной нравственности, который однажды въ порывѣ сильной злобы нанесъ рану но-

жемъ больному въ бокъ, отчего у послѣдняго остался рубецъ въ области нижнихъ реберъ лѣвой стороны величиною въ мѣдный пятакъ. Дядя со стороны отца тоже любилъ сильно выпить. Въ тѣлесномъ и умственномъ отношеніяхъ больной нашъ походить на отца. Въ дѣтствѣ золотухой не страдалъ; былъ боленъ корью; сестры же его страдали золотухой. Онъ росъ крѣпкимъ, здоровымъ мальчикомъ, нрава тихаго, общительнаго, мало капризничалъ, не былъ драчливъ и въ дѣтскихъ играхъ всегда уступалъ своимъ сверстникамъ. Учиться азбукѣ началъ съ 8 лѣтъ и 11-ти поступилъ въ духовное Стародубское училище, гдѣ пробылъ 5 лѣтъ и кончилъ полный курсъ. Здѣсь учился онъ порядочно: ему довольно легко давалось изученіе предметовъ программы училища и если онъ не шелъ въ числѣ лучшихъ учениковъ, а даже оставался 2 года въ первомъ классѣ, то причиной были не плохія его способности, а лѣнь. Математика особенно легко давалась ему, а труднѣе другихъ было для него изученіе греческаго языка. По окончаніи духовнаго училища, желая поступить аптекарскимъ ученикомъ, онъ самостоятельно дома изучалъ алгебру, исторію, геометрію и французскій языкъ, т. е. предметы, которые не проходились въ училищѣ и которые необходимо было ему знать для достиженія своей цѣли. По выдержаніи экзамена по вышеупомянутымъ предметамъ, онъ поступилъ въ Стародубскую аптеку, гдѣ пробылъ 3 года. На этомъ однако его стремленія не ограничились. Онъ рѣшилъ идти дальше по намѣченной дорогѣ, почему отправился въ Кіевскій Университетъ, гдѣ черезъ два года выдержалъ экзаменъ на помощника провизора. Въ виду того, что ему въ это время минуло 21 годъ, онъ поступилъ въ военную службу, гдѣ прослужилъ 1½ года, изъ которыхъ полъ года завѣдывалъ аптекой при Кіевскомъ кадетскомъ корпусѣ, и одинъ годъ въ военномъ госпиталѣ въ г. Стародубѣ. По окончаніи службы отправился въ г. Александрію, Херсонской губ., гдѣ пробылъ 3 года, а затѣмъ поступилъ на Сабуровую дачу г. Харькова завѣдующимъ аптекой. Здѣсь онъ одновременно съ занятіями по аптекѣ слушалъ лекціи при Университетѣ, желая держать экзаменъ на провизора. Эти два года пребыванія его въ Харьковѣ, прошедшіе въ усиленныхъ умственныхъ занятіяхъ часто съ бессонными ночами, не могли отразиться на немъ благотворно: онъ слѣлся блѣднымъ, чувствовалъ сильное утомленіе; настроеніе его духа измѣнилось: онъ слѣлся угрюмымъ, молчаливымъ, необщительнымъ. Однако, товарищи его какъ по службѣ, такъ и по Университету любили его, какъ добраго товарища, который всегда исполнялъ ихъ просьбы и нерѣдко не въ очередь дежурилъ за нихъ при аптекѣ.

Нельзя не отмѣтить того явленія, что начавъ курить съ 18-ти лѣтъ, онъ курилъ въ это время особенно много. Мало по малу онъ втянулся въ куреніе и за послѣдніе 3—4 мѣсяца выкуривалъ ежедневно до 50 и болѣе папирсъ, иногда до спазма гортани. Пилъ онъ только вино, никогда не болѣе рюмки, и то лишь въ компаніи. Къ водкѣ же всегда чувствовалъ полнѣйшее отвращеніе. Половое влеченіе обнаружилось у него съ восемнадцати лѣтъ, онализмомъ никогда не занимался, но въ продолженіи двухлѣтняго пребыванія въ Харьковѣ сильно злоупотреблялъ половыми излишествами. Вообще это время, гдѣ сильныя умственныя занятія чередовались съ бессонными ночами и половыя излишества шли рука объ руку съ сильнымъ отравленіемъ организма никотиномъ, оказало свое вліяніе на его крѣпкую досего натуру. Кромѣ вышеупомянутыхъ измѣненій въ его характерѣ онъ сталъ замѣчать, что нервы его, какъ говорится «расходятся». Онъ слѣдѣлъ раздражительнымъ, крайне впечатлительнымъ. Краска при смущеніи и блѣдность при малѣйшемъ испугѣ быстро чередовались, будучи вызываемы самыми незначущими обстоятельствами. Онъ началъ ощущать тоску, смѣнившуюся безразличнымъ настроеніемъ. Наконецъ онъ выдержалъ экзаменъ и въ 1890 году отправился въ Новочеркасскъ, гдѣ получилъ мѣсто завѣдывающаго аптекой. Здѣсь вскорѣ онъ заболѣлъ инфлюэнцей.

Однажды, это было вечеромъ, онъ, находясь въ одной комнатѣ съ двумя своими товарищами по службѣ, замѣтилъ, что одинъ изъ нихъ вдругъ, потерявъ сознаніе, съ крикомъ упалъ на полъ. Вслѣдъ за этимъ тоже случилось и съ другимъ. Тогда нашъ больной кинулся оказать помощь упавшимъ, какъ вдругъ почувствовалъ потемнѣніе и появленіе звѣздъ въ глазахъ; сознаніе его нѣсколько помрачилось и онъ легъ на постель. Такое состояніе продолжалось минуты двѣ—три, но онъ отлично и теперь помнитъ, что никакихъ конвульсивныхъ подергиваній съ нимъ не было и даже слышалъ, что случайно находившійся здѣсь врачъ приказалъ служителю подать ему нашатырнаго спирта, понюхавъ который онъ почувствовалъ облегченіе. Послѣ такого припадка онъ чувствовалъ какое-то утомленіе, головную боль и сильный жаръ. На слѣдующій день онъ замѣтилъ отсутствіе аппетита, запахъ табака слѣдѣлъ ему противнымъ, напоминающая собою запахъ мертвечины, мясо слѣдѣлось отвратительнымъ. Въ послѣдующіе затѣмъ дни больной сталъ испытывать тоску, и ничѣмъ необъяснимое безпокойство. Такъ продолжалось дня три—четыре и затѣмъ всѣ явленія исчезли; онъ сталъ снова курить и чувствовалъ себя удовлетворительно. Пробывъ въ Новочеркасскѣ два мѣсяца, за которые съ нимъ ничего особеннаго не случилось,

онъ отправился въ г. Богодуховъ, гдѣ между прочимъ женился. Жена его истеричная женщина, но супружескія отношенія ихъ самыя лучшія. Мѣсяца черезъ два онъ уѣхалъ изъ Богодухова, получивъ мѣсто провизора въ Обоянской земской аптекѣ, гдѣ пробылъ мѣсяцевъ одинадцать. Здѣсь онъ потерялъ любимого сына, умершаго отъ дифтерита и самъ былъ боленъ лней пять той же формой заболѣванія. По службѣ онъ перенесъ въ Обояни много непріятностей, и это время онъ вспоминаетъ, какъ самое худшее въ своей жизни.

Вскорѣ по пріѣздѣ онъ началъ хандрить, безотчетное чувство тоски все болѣе и болѣе стало овладѣвать его существомъ, онъ сталъ предчувствовать, что вотъ-вотъ что-то съ нимъ должно случиться, но что это такое — онъ не могъ дать себѣ отчета; къ тому же присоединился безотчетный страхъ, который овладѣвалъ имъ сперва изрѣдка, а затѣмъ все чаще и чаще. Онъ сдѣлался придирчивымъ, подозрительнымъ; ему казалось иногда, что его хотятъ отравить, обокрасть. Настроеніе духа сдѣлалось мрачнымъ; онъ разочаровался въ людяхъ и въ самой жизни и ему стало казаться, что жить не стоитъ, хотя мысль о самоубійствѣ никогда не возникала у него. Въ это же время онъ сталъ замѣчать въ себѣ странное явленіе: принимая рецепты въ аптекѣ, онъ часто не понималъ назначенныхъ средствъ; читаетъ фамилію врача и не можетъ ее понять; приготавливая лѣкарства, ищетъ достать какое нибудь средство и тотчасъ забываетъ послѣднее, такъ что за однимъ и тѣмъ же средствомъ долженъ идти два—три раза пока его достанетъ; приготавливаетъ, наконецъ, лекарство и сомнѣвается, не приготовилъ ли онъ ядъ и не отравитъ ли онъ имъ пациента. Аппетитъ его сдѣлался плохимъ, сонъ тревожнымъ. Наконецъ, непріятности по службѣ, которыя такъ отразились на его впечатлительной натурѣ, заставили его удалиться изъ Обояни и онъ уѣхалъ въ Богодуховъ, гдѣ жилъ безъ всякихъ занятій, поуспокоился и почувствовалъ себя оправившимся.

Привыкнувъ однако къ работѣ, къ которой всегда относился съ любовью, и чувствуя влеченіе къ занятіямъ въ аптекѣ, онъ вскорѣ началъ скучать безъ дѣла и потому мѣсяца черезъ два, а именно въ сентябрѣ 1891 года, съ охотой принялъ мѣсто завѣдывающаго аптекой въ какомъ-то городѣ Харьковской губерніи. Пріѣхавъ туда, онъ съ увлеченіемъ занялся своимъ дѣломъ и привелъ вскорѣ аптеку въ порядокъ, потративъ на это не мало времени и труда.

Здѣсь тоже не обошлось безъ непріятностей, какъ со стороны хозяина аптеки, такъ равно и сослуживцевъ. Эти непріятности

сильно дѣйствовали на его еще не вполне оправившееся настроеніе духа. Чувство тоски, покинувшее его во время пребыванія въ Богодуховѣ, снова стало появляться все чаще и чаще; страхъ передъ чѣмъ-то, что должно съ нимъ случиться, снова во всей своей силѣ овладѣлъ его существомъ. И это что-то не замедлило вскорѣ явиться. 14-го октября, будучи въ аптекѣ, онъ приказалъ служителю нагрѣть кубъ для полученія дистиллированной воды. Тотъ исполнилъ его приказаніе, но не замѣтилъ, какъ вода вся выкипѣла и когда И. Н. подошелъ посмотрѣть въ кубъ, то послѣдній вдругъ лопнулъ. Эта неожиданность такъ повліяла на него, что онъ тутъ же, потерявъ сознаніе, упалъ на полъ. Однако черезъ нѣсколько минутъ оправился. На слѣдующій день онъ продолжалъ по прежнему свои занятія въ аптекѣ, но замѣтилъ, что цѣлый день въ ушахъ у него стоялъ звукъ, который онъ слышалъ при разрывѣ куба. Вечеромъ того-же дня, т. е. 15 октября, онъ чувствовалъ въ особенности какое-то безпокойство. Долго читая при лампѣ, онъ замѣтилъ, что керосинъ догораетъ и потому всталъ, чтобы приказать налить керосинъ, но, слѣлавъ нѣсколько шаговъ, почувствовалъ потемнѣніе въ глазахъ. Онъ уронилъ лампу, которую держалъ въ рукахъ и, опрокинувшись назадъ, сразу упалъ на полъ; при этомъ онъ снова увѣряетъ, что сознаніе его было лишь нѣсколько потемнѣно, но не исчезло; во время своего паденія онъ слышалъ, какъ пришелъ служитель, поднялъ его и уложилъ въ постель.

Съ этого дня онъ замѣтилъ въ себѣ большія странности. Такъ, смотря на рецепты, онъ чувствовалъ, что оцѣпѣваетъ, не можетъ двинуться съ мѣста; ему говорятъ въ это время, онъ слышитъ, —но отвѣтить не можетъ. Такое состояніе длится лѣтъ—три минуты и затѣмъ проходитъ, чтобы вскорѣ вновь появиться. Такія явленія стали повторяться съ каждымъ днемъ все чаще и чаще. По вечерамъ, когда больной смотритъ на какой нибудь свѣтлый предметъ—звѣзда, пламя, огня—онъ чувствуетъ, что не можетъ оторваться отъ него и ему чудится, что душа его переселяется въ этотъ предметъ, тѣло же его, лишенное души, дѣлается стекляннымъ. Такъ длится нѣсколько секундъ и затѣмъ онъ сознаетъ нелѣпость своихъ представлений. Во время такого состоянія сознаніе у него вполне сохраняется. Къ такимъ явленіямъ присоединилось отсутствіе аппетита и сна. Въ это же время у него стали появляться иллюзіи и галлюцинаціи органа зрѣнія и слуха. Когда онъ ложился спать и смотрѣлъ на стѣну, ему вдругъ представлялись свѣтлыя зигзаги молніи, ему слышалось завываніе вѣтра,—ревъ заводскихъ трубъ онъ принималъ за звукъ трубъ Страшнаго Суда; ему чудилось, что самъ онъ ле-

жить не на кровати, а въ могилѣ на своей родинѣ, на кладбищѣ своей родной деревни Солово, и надъ нимъ раздаются заунывные звуки погребальныхъ колоколовъ родимой церкви.... Нерѣдко перелѣ глазами его проходили мертвецы,—люди близкіе когда-то его сердцу. Самъ онъ не можетъ дать себѣ яснаго отчета—живъ ли онъ, или умеръ.

Такія галлюцинаціи, сперва рѣдкія, стали появляться чуть ли не каждый вечеръ. Къ тому же присоединилось еще и слѣдующее: очень часто въ глазахъ его темнѣло, являлось вдругъ облако и онъ начиналъ чувствовать, что голова начинаетъ неправильно вращаться вокругъ своей оси: сперва она наклоняется вправо, затѣмъ опрокидывается назадъ, затѣмъ влѣво и наконецъ впередъ. Въ это же время глаза закатываются, лицо перекашивается. Такія движенія головы, сперва медленные, все учащаются, пока онъ, почувствовавъ слабость, не падалъ на кровать. Однако въ это время онъ не теряетъ сознанія; онъ чувствуетъ, что голова его вертится, хочетъ остановить эти движенія и не можетъ. Онъ слышитъ хорошо и сознаетъ гдѣ онъ и что съ нимъ творится и что вокругъ него дѣлается. Нерѣдко и туловище перегибалось назадъ и иногда онъ начиналъ кружиться на одномъ мѣстѣ, пока опять таки не падалъ утомленный и изнеможенный на кровать. Во время такихъ припадковъ онъ чувствовалъ, что задыхается и было время, когда ему казалось, что дыханіе совершенно прекращается.

Всѣ эти припадки наступали безъ какихъ либо ясно осязаемыхъ предвѣстниковъ. Однажды лишь, 15 октября, онъ чувствовалъ въ правой рукѣ въ срединѣ трети предплечья какое-то чувство, какъ будто-бы электрическаго тока, которое продолжалось нѣсколько секундъ, затѣмъ поднялось вверхъ и тогда голова начала кружиться. Такіе припадки голововерченія вызывались обыкновенно или сильнымъ шумомъ, или стукомъ. Продолжительность такихъ приступовъ равнялась 2—3 минутамъ и затѣмъ все приходило въ прежнюю норму.

Независимо отъ этихъ припадковъ больной нашъ чувствовалъ иногда легкія подергиванія отдѣльныхъ членовъ, особенно, какъ онъ говоритъ, во время сна. Кромѣ того онъ сталъ замѣчать, что память его начала постепенно все болѣе ослабѣвать. Такія явленія стали повторяться все чаще и чаще и, сознавая всю ненормальность ихъ, онъ рѣшился поѣхать въ Харьковъ лѣчиться—что онъ и сдѣлалъ.

20 октября утромъ онъ пріѣхалъ и остановился у своихъ родственниковъ. Во время дороги онъ былъ въ такомъ состояніи,

что не могъ дать себѣ отчета живъ-ли онъ и, чтобы убѣдиться въ этомъ, нѣсколько разъ принимался ѣсть кусочекъ хлѣба. Въ день пріѣзда въ домъ родственниковъ съ нимъ повторился припадокъ обычнаго голововерченія, продолжавшійся не болѣе двухъ минутъ и вызванный на этотъ разъ пѣніемъ въ сосѣдней комнатѣ. Онъ вполне сознательно и отчетливо разсказалъ о своемъ заболѣваніи своимъ родственникамъ, которые посовѣтовали ему поступить въ лѣчебницу, что онъ и сдѣлалъ 21-го октября 1891 года.

Больной пробылъ въ клиникѣ мѣсяцъ. За это время съ нимъ случился припадокъ подъ вліяніемъ игры на рояли. Къ концу мѣсяца онъ настолько оправился, что призналъ возможнымъ вновь приняться за дѣло.

Случай этотъ имѣетъ тотъ интересъ, что проявляя частичную соматическую эпилепсію, онъ вмѣстѣ съ тѣмъ обнаруживалъ наклонность и къ психической эпилепсіи, которая однако проявлялась только въ зачаточномъ видѣ; обыкновенно же частичная эпилепсія является безъ всякихъ слѣдовъ пораженія мыслительной дѣятельности и даже сознанія, какъ напр. въ случаяхъ проф. Ковалевскаго ¹⁾.

Въ данномъ же случаѣ въ душевной области больного происходили такія измѣненія, которыя могли дать переходъ въ параною, такъ какъ носили всѣ зачатки подозрительности, недовѣрія, сомнѣнія и страха.

Кромѣ того этотъ случай обращаетъ на себя вниманіе и тѣмъ, что служитъ проявленіемъ частичной картины прокурсивной или ротаторной эпилепсіи. Во всякомъ случаѣ такія формы эпилепсіи должно отнести къ очень серьезнымъ и отъ нихъ можно ожидать, при неблагопріятныхъ условіяхъ, весьма дурныхъ послѣдствій.

¹⁾ Проф. Ковалевскій, Частичная эпилепсія, Медицина, 1892.

Prof. A. Fournier.

I.

Исслѣдованіе о мнимомъ табетогенномъ дѣйствіи меркуріальнаго леченія.

Переводъ М. Н. Попова,

(ассистента при кафедрѣ нервныхъ и душевныхъ болѣзней
въ Харьковѣ).

Двѣ причины побудили меня приступить къ изслѣдованію по этому вопросу. Во первыхъ, прискорбное впечатлѣніе, которое произвели на меня два новыхъ случая, гдѣ сифилисъ кончился *tabes*'омъ у двухъ лицъ, вслѣдствіе недостаточности правильнаго и долговременнаго леченія сифилиса; во вторыхъ, необходимость по справедливости оцѣнить тѣ обвиненія, которыя возводятся на меркуріальное леченіе въ томъ смыслѣ, что оно можетъ само по себѣ вызвать *tabes* у сифилитическихъ больныхъ. Утверждаютъ, что меркурій есть сосудистый ядъ и дѣйствуетъ главнымъ образомъ на эндотелій сосудовъ. Теперь спрашивается, не можетъ ли онъ, производя такое вредное вліяніе на столь многочисленные сосуды нервной системы вызвать нарушенія правильности обращенія въ ней крови и обусловить въ столь нѣжной и легко повреждающейся системѣ разнообразныхъ перерожденій, изъ которыхъ табетическій склерозъ является только однимъ изъ видовъ проявленія его.

Что же есть основательнаго въ этомъ новомъ обвиненіи противъ ртути, въ этой новой теоріи *tabes*'а меркуріальнаго происхожденія? Я хотѣлъ дать себѣ отчетъ, я хотѣлъ вполне убѣдиться и составить истинное мнѣніе относительно леченія, которое безъ всякаго сомнѣнія составляетъ интересъ первой важности.

Съ этой цѣлью я одно по одному пересмотрѣлъ многочисленные наблюденія надъ *tabes*'омъ сифилитиковъ, которыя я собираю уже давно, и тщательно обсудилъ каждое изъ нихъ. Многія изъ этихъ наблюденій, разумѣется, я

долженъ былъ выбросить, именно тѣ, которыя по какимъ бы то ни было причинамъ не доставляли нужныхъ подробностей относительно способа и продолжительности леченія. Но за всѣми этими исключеніями, я все-таки имѣю не менѣе 321 случаевъ, гдѣ всѣ необходимыя данныя для моего спеціальнаго изслѣдованія находятся въ достаточной точности и ясности и позволяютъ мнѣ выполнить свое обѣщаніе. Этому разбору наблюденій я посвятилъ все свободное время послѣднихъ каникулъ и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ.

Оносительно предшествующаго леченія у всѣхъ означенныхъ 321 больныхъ, у которыхъ сифилисъ и *tabes* были не сомнѣнны, я нашелъ:

1) у 16 больныхъ не было никакого антисифилитическаго леченія, ни меркуріальнаго, ни іодистаго передъ наступленіемъ *tabes*;

2) 8 случаевъ, гдѣ съ сифилисомъ боролись исключительно посредствомъ іодистаго калія, вовсе не примѣняя ртути;

3) изъ остальныхъ больныхъ, которые подвергались антисифилитическому леченію передъ наступленіемъ *tabes* (или одному только меркуріальному, или же, что было чаще, смѣшанному съ іодистымъ) 70 подверглись только самому кратковременному леченію: отъ нѣсколькихъ дней до 2-хъ мѣсяцевъ т. е. въ сущности самому ничтожному;

108 пользовались отъ 3 до 6 мѣсяцевъ;

51 » » 7 мѣсяцевъ до 1 года;

23 » около года;

20 » отъ одного года до 2 лѣтъ;

12 » почти 2 года;

5 » отъ 2 до 3 лѣтъ;

6 » почти 3 года;

2 » четыре года.

Цифры, какъ говорятъ, имѣютъ свое краснорѣчіе. Въ данномъ случаѣ не то же ли самое? И въ самомъ дѣлѣ, благодаря приведеннымъ цифрамъ, мы избавляемся отъ длинныхъ поясненій.

Намъ говорятъ, что меркурій, употребленный противъ сифилиса, дѣйствуетъ или можетъ дѣйствовать, какъ табетогенный дѣятель, и скорѣе ртуть, чѣмъ сифилисъ производятъ *tabes*. Положимъ! Но если это такъ, то послѣдствія должны быть такими, какъ этого требуетъ логика и здравый смыслъ, т. е. что число сифилитиковъ, кончающихъ *tabes* оми должно возрастать и увеличиваться вмѣстѣ съ продолжи-

тельностью и напряженностью меркуріализаціи: чѣмъ больше употребляютъ ртути, тѣмъ больше условій для появленія *tabes*, чѣмъ больше лечатъ сифилисъ меркуріемъ, тѣмъ больше риску вызвать *tabes* и наоборотъ. Что же вытекаетъ съ этой точки зрѣнія изъ предшествующей статистики? Какіе выводы, какое наставленіе клиническаго опыта даетъ она?

1) Прежде всего то, что для извѣстнаго числа случаевъ меркурій абсолютно не причина происхожденія *tabes* а у сифилитиковъ, такъ какъ изъ 321 больныхъ, упомянутыхъ въ предыдущей статистикѣ, 24 (т. е. одинъ изъ тринадцати) сдѣлались табетиками, не употребляя ни одного атома ртути. Доказательство довольно наглядное даже для самыхъ требовательныхъ лицъ.

2) Далѣе, число сифилитическихъ больныхъ, кончившихъ *tabes* омъ, составляетъ нисходящую прогрессію, по мѣрѣ того, какъ специфическое леченіе дѣлается болѣе долговременнымъ и принимаетъ характеръ полнаго леченія, способнаго произвести терапевтическое воздѣйствіе. И въ самомъ дѣлѣ, число табетиковъ, которое при слишкомъ короткомъ и явно недостаточномъ специфическомъ леченіи поднимается до 248 и нисходитъ до 20 при леченіи отъ одного до 2 лѣтъ;

- » 12 при леченіи въ продолженіи 2 лѣтъ;
- » 5 или 6 при леченіи отъ 2 до 3 лѣтъ;
- » 2 при леченіи 4 лѣтъ.

Круглымъ счетомъ можно сказать: 22 сифилитика, подвергавшихся короткому (отъ нѣсколькихъ дней до одного года) меркуріальному леченію, кончаютъ *tabes* омъ, тогда какъ при болѣе продолжительномъ (отъ двухъ до 4-хъ лѣтъ) леченіи только одинъ подвергается той-же участи.

Неужели же это еще не доказательно? Вы видите прекрасную улику, доказанную фактически, противъ табетогеннаго свойства ртути. По этой теоріи кривая частоты *tabes* а должна повышаться соотвѣтственно напряженности терапевтической меркуріализаціи; здѣсь же напротивъ, она все болѣе и болѣе понижается при этомъ условіи. Я повторяю, каждый часъ: эти числовыя данныя не краснорѣчивѣе ли всѣхъ толкованій?

Можетъ быть скажутъ: «эти цифры обманчивы, такъ какъ группа сифилитиковъ, которые лечились мало, несомнѣнно больше чѣмъ та, гдѣ леченіе было долговременное, а слѣдовательно первая должна дать несомнѣнно большій процентъ табетиковъ, чѣмъ вторая». Согласенъ! Возраженіе

справедливо, и я далекъ отъ того, чтобы презирать его значеніе. Но со мною согласятся, если я отвѣчу, что число больныхъ, которые лѣчатся дурно (напр. менѣе одного года) значительно больше сравнительно съ тѣми, которые лечатся правильно и долго, именно въ отношеніи 22 къ одному, т. е. то отношеніе, которое мы уже видѣли между заболѣвающимъ табесомъ при кратковременномъ и при болѣе продолжительномъ леченіи.

Мнѣ кажется, было бы излишнимъ еще настаивать на этомъ, и я полагаю, что вправѣ на основаніи данныхъ своихъ личныхъ опытовъ высказать мнѣніе, что обвиненіе, возводимое на меркуріальное леченіе сифилиса въ томъ смыслѣ, что оно вызываетъ *tabes*, не имѣетъ никакого серіознаго основанія. Нѣтъ никакого доказательства этому. Это только теоретическое предубѣжденіе, противъ котораго говоритъ непосредственное наблюденіе.

II.

Нѣкоторыя размышленія о леченіи сифилитиковъ, predisposed къ страданіямъ нервной системы.

Но кромѣ того и другой фактъ, тоже къ величайшему несчастью не менѣе достовѣрный, какъ и первый, выступаетъ на видъ изъ приведенной мною статистики. Именно, какъ при недостаткѣ разумнаго и продолжительнаго леченія, такъ и при извѣстномъ, даже можно сказать, чрезмѣрномъ леченіи, иногда наблюдаются сифилитики, кончающіе *tabes*'омъ. Моя статистика даетъ этому ясное доказательство. Я имѣю на глазахъ, дѣйствительно, два подобныхъ случая, гдѣ *tabes* получился у двухъ молодыхъ людей, прекраснаго тѣлосложенія, тогда какъ эти больные, я могу сказать, сдѣлали все, чтобы вылечиться отъ сифилиса, исполнили свято всѣ предписанія, которыя даетъ наука въ леченіи сифилиса. И тѣмъ не менѣе они въ настоящее время табетики и табетики въ той степени и съ той формой, которая исключаетъ всякую надежду на излеченіе.

Безъ всякаго сомнѣнія здѣсь нѣтъ никакого спеціальнаго *tabes*'а, ибо всѣ сифилитическія проявленія на лицо. Я думаю, что нѣтъ формы сифилиса, которая не проявлялась бы при недостаткѣ самаго продолжительнаго и самаго пунктуальнаго леченія. Но не въ этомъ дѣло. Въ высшей степени

неутѣшительнымъ и досаднымъ, какъ для больныхъ, такъ и для насъ остается все-таки то, что не смотря на самое разумное леченіе, употребляя всѣ испытанныя средства, все то, что можетъ дать послѣднее слово современной науки, мы все-таки не можемъ предохранить бѣдныхъ сифилитиковъ отъ спеціального *tabes'a*, какъ отъ самаго тяжелаго и самаго мучительнаго изъ всѣхъ послѣдствій болѣзни. Но правда ли это прекрасный матеріалъ для размышленій и при томъ весьма печальныхъ размышленій?

Какая же можетъ быть причина этой безпомощности науки? Признаться, я не знаю ея. Мнѣ кажется, что до известной степени это должно быть вѣнено забвенію известныхъ терапевтическихъ указаній, которыми вообще пренебрегаютъ при леченіи сифилисомъ.

Я выскажусь яснѣе.

Что бываетъ обыкновенно въ девяти по крайней мѣрѣ случаяхъ изъ десяти, когда больной представляется медику съ нѣкоторыми явленіями сифилиса, напр.: съ розеолами, папулами, гуммами и проч.? Этому больному прописывается въ рецептъ іодъ или ртуть. Средство производитъ обычное дѣйствиіе и специфическое пораженіе излечивается. Больной въ восхищеніи отъ своего медика, но медикъ-то не долженъ быть доволенъ имъ, вотъ и все. И такъ происходитъ дѣло въ громадномъ большинствѣ случаевъ. Но по правдѣ, исполнили ли мы въ точности нашу медицинскую задачу, сдѣлали ли мы все то, что нужно сдѣлать, когда ограничиваемся только тѣмъ, что отпускаемъ больного съ назначеніемъ іода или ртути? Для известныхъ случаевъ — да, даже для большей части случаевъ; но не для всѣхъ.

И въ самомъ дѣлѣ, леченіе полное, безупречное, идеальное леченіе сифилиса именно то, котораго мы желали бы, все то, что можетъ служить величайшимъ благодѣяніемъ для больныхъ и для нашего личнаго удовлетворенія, состоитъ въ слѣдующихъ двухъ пунктахъ: 1-е лечить сифилисъ въ его дѣйствительныхъ проявленіяхъ; 2-е отвращать прямые или непрямые проявленія сифилиса въ будущемъ, которыя онъ можетъ вызвать вслѣдствіе предрасположенія больного, его наклонности и болѣзненныхъ недостатковъ.

Самый сифилисъ мы распознаемъ легко и боремся съ нимъ, я скажу, съ большимъ успѣхомъ, иногда даже съ блестящимъ. Но что касается до болѣзненныхъ послѣдствій, которыя сифилитическая инфекция производитъ прямымъ или

косвеннымъ образомъ въ той или другой органической системѣ, то я долженъ признаться, что мы даемъ себѣ здѣсь мало отчета. Положимъ, мы видимъ больного съ сифилитическими папулами. Мы съ величайшимъ стараніемъ спрашиваемъ его о прошедшихъ болѣзняхъ, о его болѣзненныхъ наклонностяхъ, о личныхъ или наследственныхъ порокахъ; я вижу только, что мы заняты тѣмъ, чтобы отыскать у него *locus minoris resistentiae*, отыскать наиболѣе слабую и легче ранимую систему, которой *ipso facto* будетъ угрожать будущее. Хотя мы и занимаемся такими подробностями, но нужно признаться, что наша обычная терапія почти ничего не даетъ для предотвращенія послѣдствій, вслѣдствіе своего однообразія. Къ нашему оправданію, я долженъ сказать, что предупредительная діагностика относительно предполагаемыхъ будущихъ локализаций сифилиса сталкивается съ непреодолимыми трудностями, иногда даже совершенно не возможна. На какомъ основаніи сифилисъ поражаетъ одинъ органъ предпочтительно предъ другимъ, — весьма часто мы рѣшительно не знаемъ этого. Почему у одного больного существуютъ весьма тяжелыя пораженія кожи, а у другого слизистыхъ оболочекъ? Почему появляется у одного мускульная гумма, а у другого склерозъ печени? Нужели однакожъ изученіе причинъ локализаций сифилиса останется навсегда неизмѣнно безплоднымъ? Я не думаю. Нѣкоторыя причины уже извѣстны, напр. грубое вліяніе, производимое нѣкоторыми мѣстными раздражителями, каковыми является табакъ на слизистыя оболочки рта и въ особенности на языкъ. И даже относительно нервной системы теперь уже есть положительное указаніе, что сифилисъ поражаетъ ее предпочтительно вслѣдствіе двухъ причинъ: 1 — надорванности нервной системы, умственной и нравственной и 2 нервной наследственности¹⁾.

Я особенно настаиваю на послѣднемъ пунктѣ, такъ какъ онъ близко соприкасается съ моимъ настоящимъ сообщеніемъ, и говорю: «очень вѣроятно, что между нашими больными были люди заранѣе предрасположенные къ страданіямъ нервной системы, безразлично, будутъ ли тѣ пораженія сифилитическаго происхожденія или эссенціальны». Весьма вѣ-

¹⁾ Не могу не указать на поразительное совпаденіе мнѣній въ этомъ отношеніи проф. Fournier и проф. П. И. Ковалевскаго, который высказался точно также еще гораздо раньше Fournier въ своемъ сочиненіи „Сифилисъ мозга и его леченіе“.

Примѣч. переводчика.

роятно, что есть лица, о которыхъ можно сказать въ тотъ же день, когда ихъ поразили сифилисъ: «вотъ люди, которымъ угрожаетъ въ будущемъ спеціально страданіе нервной системы. Если сифилисъ проявится у нихъ въ третичной формѣ, то прежде всего и безъ сомнѣнія будетъ поражена нервная система». Каждый изъ насъ дѣлалъ предсказаніе подобнымъ людямъ относительно ожидаемаго ихъ будущаго. Я здѣсь приведу только одинъ давнишній случай, который чрезвычайно рѣзко поразили меня. Одинъ медикъ захватилъ сифилисъ. Этотъ человекъ былъ замѣчательнымъ труженикомъ, превосходнымъ изслѣдователемъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ онъ былъ однимъ изъ тѣхъ людей, у которыхъ голова была постоянно занята напряженной работой почти съ самаго дѣтства. «Вы увидите, говорилъ онъ мнѣ неразъ, что мой сифилисъ поразили въ одинъ прекрасный день мой мозгъ и я умру отъ сифилиса мозга». И его предсказаніе сбылось слово въ слово.

Итакъ, если все это вѣрно, то я спрашиваю, имѣя въ виду въ данную минуту исключительно нервную систему, принимаетъ ли въ расчетъ обычная терапія сифилиса, терапія бѣгло назначаемая, тѣ опасности, которымъ спеціально подвергается нервная система вслѣдствіе пораженія сифилиса. Безъ всякаго сомнѣнія можно сказать, что изъ всѣхъ органическихъ системъ нервная наименѣе подвергается третичному сифилису. На все число 3,429 случаевъ третичнаго сифилиса, наблюдавшагося мною въ городѣ, я нашелъ 1035 случаевъ нервного страданія (т. е. почти одна треть). Я не хочу даже говорить о томъ, какую важность и серіозность составляетъ пораженіе центральной системы и ея развитіи.

Я спрашиваю, при настоящемъ положеніи дѣла, будетъ ли отличаться рецептъ, который мы, положимъ, пропишемъ сифилитику съ ясными указаніями на особую болѣзненную наклонность нервной системы личную или наслѣдственную, а слѣдовательно съ ожиданіемъ третичнаго пораженія ея, отъ того рецепта, который мы назначимъ другому сифилитику, по счастливой случайности свободному отъ столь опасныхъ предрасположеній. Предположить этотъ вопросъ, это значить почти тоже, что дать единственный отвѣтъ, который можно ожидать. Неужели нѣтъ спеціальныхъ показаній для исправленія предрасположенія, о которомъ я только что говорилъ, показаній, служащихъ въ пользу тому лицу, которому,

вслѣдствіе его особыхъ наклонностей прибрѣтенныхъ или наслѣдственныхъ, угрожаетъ столь опасное будущее? Неужели же ничего больше не остается, кромѣ того, чтобы дать ему, какъ и всякому другому, банальный рецептъ изъ сиропа Gibert'a, или іодистаго калия? Я не могу этого думать, я не хочу даже останавливаться на этой мысли. Очевидно, что нужно попытаться всѣ терапевтическія усилія въ пользу этого больного. Но въ чемъ же будутъ состоять эти усилія и какъ ихъ направлять?

Начнемъ съ того пункта, который менѣе всего споренъ. Не ясно ли, что прежде всего этому человѣку нужно предписать спеціальную гигиену, которую ему обыкновенно предписываютъ лишь въ послѣдствіи или, лучше сказать, уже слишкомъ поздно, когда нервная система уже поражена сифилисомъ. На первыхъ же порахъ зараженія умѣстно избавить больного по мѣрѣ возможности отъ всѣхъ вредныхъ моментовъ, которые могутъ вызвать то или другое болѣзненное возбужденіе нервной системы, каковыми будутъ: эксцессы всякаго рода и по преимуществу половые, — умственные занятія, требующія продолжительнаго напряженія ума, — алкогольныя эксцессы, — неумѣренность въ пищѣ, — усталость, бессонныя ночи и безпорядочность свѣтской жизни, волненія игры особенно биржевой, — и даже слишкомъ сильныя тѣлесныя напряженія, вызывающія чрезмерную усталость, — всѣ они вслѣдствіе усиленныхъ приливовъ могутъ отразиться на головномъ или спинномъ мозгу. Относительно послѣдняго я мимоходомъ упомяну объ одномъ чрезвычайно ясномъ случаѣ. Одинъ изъ моихъ больныхъ умеръ отъ специфическаго міелита, который проявился у него послѣ безумной поѣздки на велосипедѣ изъ Парижа въ Амьенъ и обратно.

Далѣе, извѣстныя лекарственныя средства могутъ ли быть полезными въ этомъ отношеніи? Я не могу этого утверждать. Эмпирически поле остается открытымъ для всѣхъ попытокъ.

Наиболѣе разумно обращаться ко всѣмъ модификаторамъ нервной системы. Не найдутъ ли здѣсь бромистые или другіе препараты того же класса преимущественнаго приложенія, особенно у лицъ съ эретической нервной системой? Вмѣстѣ съ тѣмъ успокоеніе нервной системы не сдѣлаетъ ли ее менѣе сопротивляемой по отношенію къ сифилису? Это еще нужно изучить.

Во всякомъ случаѣ гидротерапія у подобныхъ лицъ имѣетъ прямое показаніе, какъ средство тоническое, уравни-

вѣшивающее отравленія нервной системы. Извѣстно, какую важность и какую роль играетъ она въ леченіи нервныхъ страданій, и я думаю, что ея предупредительное вліяніе не ниже ея лечебнаго дѣйствія. Въ этомъ смыслѣ я обыкновенно систематически предписываю гидротерапію всѣмъ тѣмъ сифилитикамъ, у которыхъ наслѣдственное предрасположеніе и ихъ личныя наклонности заставляютъ меня смотрѣть на нихъ, какъ на людей, предрасположенныхъ къ нервнымъ проявленіямъ сифилиса прямымъ или косвеннымъ. И не только я предписываю ее сразу, т. е. съ самаго начала специфическаго леченія, но въ особенности потомъ, послѣ леченія и при томъ на долгіе годы. Я совѣтую названному больному сдѣлать ее обычнымъ и безконечнымъ средствомъ.

Какихъ же послѣдствій можно ожидать отъ предупредительнаго леченія, построеннаго на подобныхъ основаніяхъ? Весьма понятно, что этого я не могу предсказать. Только будущее намъ можетъ разъяснить это. Тѣмъ не менѣе остается безспорнымъ то, что на насъ лежитъ прямая обязанность попытаться всѣ средства предупредительнаго вмѣшательства, о которомъ я уже говорилъ въ главныхъ чертахъ.

Теперь посмотрите, какія послѣдствія получаютъ даже при энергичномъ, напряженномъ и смѣломъ пользованіи, въ рукахъ, привыкшихъ давать безъ боязни іодъ и ртуть:

1) При сифилисѣ головного мозга послѣдствія хороши, иногда почти чудесны (это безъ преувеличенія); полувозвраты или возвраты въ числѣ немного болѣе, чѣмъ излеченіе.

2) При сифилисѣ спинного мозга пропорція неудачъ и несчастій гораздо выше сравнительно съ успѣхомъ.

3) А при *tabes* уже совсѣмъ другое дѣло: только нѣсколько очень рѣдкихъ случаевъ излеченія, которымъ нѣкоторые даже не придаютъ вѣры въ виду ихъ исключительнаго характера; излеченіе во всякомъ случаѣ относительное тамъ, гдѣ *tabes* захваченъ въ начальномъ періодѣ;—въ болѣе же позднемъ стадіи лишь можно надѣяться,—и то далеко не всегда, ограничить, остановить болѣзнь, но не вылечить; противъ застарѣлой атаксіи полное безсиліе.

4) Наконецъ при общемъ параличѣ сифилитическаго происхожденія столько же неудачъ, сколько случаевъ, по крайней мѣрѣ въ моей практикѣ.

Плачевный итогъ, какъ вы видите, и это въ болѣзни, для которой существуютъ два великихъ средства, два та-

кихъ средства, съ которыми не сравнится ни одно изъ всей нашей терапіи.

Мнѣ кажется, въ виду этого не было бы излишнимъ уклоняться отъ чрезмѣрнаго довѣрія, съ которымъ мы относимся къ этимъ двумъ средствамъ и поискать другой путь. Я отлично сознаю, что специфическое леченіе остается и останется на всегда лучшей охраной для нашихъ больныхъ, противъ ожидаемыхъ въ будущемъ поражений нервной системы, точно такъ же, какъ и другихъ системъ, и я ничего не могу предложить болѣе этого. Я горячій поклонникъ, страстный почитатель іода и ртути. Но вмѣстѣ съ тѣмъ я не могу воздержаться, чтобы не высказать вышеизложеннаго, дабы два полезныхъ, благотѣльных, удивительныхъ средства имѣли всегда то могущественное, непогрѣшимое дѣйствіе противъ нервныхъ поражений сифилиса, какое имъ приписываютъ нѣкоторые медики, менѣе насъ привыкшіе къ обращенію съ ними и, слѣдовательно, менѣе насъ могущіе установить недостатки ихъ.

Съ своей стороны, имѣя не одинъ случай, доказывающій эти недостатки, я приходилъ къ вопросу, не существуетъ ли что-либо другое въ обычной практикѣ, чѣмъ можно было бы предотвратить нервныя пораженія третичнаго сифилиса именно у тѣхъ лицъ, которыя или по наслѣдственности, или по приобрѣтенному расположенію наиболѣе подвержены имъ. Отсюда возникаетъ новый вопросъ, нельзя ли, наряду съ специфическимъ леченіемъ и параллельно ему, установить специальную антинервную терапію, гдѣ гигиена, гидротерапія, а можетъ быть и нѣкоторыя другія общепринятые средства также могли бы имѣть мѣсто ¹⁾.

По крайней мѣрѣ со мной согласятся, что это показаніе разумно, и я могу ожидать отъ него въ настоящее время только оцѣнки. Нѣсколько опытовъ предпринятыхъ мною въ этомъ направленіи показали мнѣ достойными вниманія: я воздержусь отъ перечисленія фактовъ, которые слишкомъ свѣжи и слишкомъ малочисленны для того, чтобы имѣть значеніе. Повторяю, я не утверждаю ничего и даже не осмѣливаюсь утверждать. Я только предполагаю и надѣюсь, а это двѣ вещи разныя.

¹⁾ Точно въ томъ же духѣ высказался и проф. Ковалевскій въ вышеупомянутомъ его сочиненіи. *Примѣч. переводчика.*

ЭПИЛЕПСІЯ

Проф. П. И. Ковалевскій.

Частичная или кортикальная эпилепсія. Какъ уже было сказано мною раньше, эпилепсія болѣзнь древняя давно тщательно изученная и обследованная. Давно также, еще со времени Schröder van der Kolk'a, установилось мнѣніе, что въ основѣ ея лежитъ поврежденіе судорожныхъ центровъ продолговатаго мозга, почему она и называется *медуллярной эпилепсіей*. Однако въ послѣдніе 15—20 лѣтъ начали накапливаться клиническія наблюденія, подтвержденныя затѣмъ вскрытіями и опытами на животныхъ, на основаніи которыхъ установился второй видъ эпилепсіи — *кортикальной эпилепсіи*, зависящей отъ поврежденія мозговой корки. Приступы кортикальной эпилепсіи въ клиническомъ отношеніи имѣютъ много общаго съ медуллярной эпилепсіей, но имѣютъ и отличительныя черты. Кортикальная эпилепсія, въ первичномъ своемъ видѣ, имѣетъ почти всѣ тѣже признаки, какъ и медуллярная, какъ: тоническія и клоническія судороги, потерю сознанія и чувствительности, ускоренный пульсъ, измѣненія въ зрачкахъ, измѣненія въ цвѣтѣ лица, прикушенный языкъ и проч.; однако въ большинствѣ случаевъ, тѣ приступы, которые принято называть кортикальной эпилепсіей, отличаются непостоянствомъ, неполнотою проявленія и неустойчивостью признаковъ картины медуллярной эпилепсіи.

Отличительными чертами кортикальной эпилепсіи можно считать слѣдующія:

1. *Неполнота участія въ судорогахъ всего мышечнаго аппарата.* При медуллярной эпилепсiи почти всегда въ судорогахъ участвуютъ всѣ мускулы организма. Правда, бываютъ и исключенія, но эти исключенія не составляютъ правила и являются въ несравненномъ меньшинствѣ. Причемъ и самыя эти исключенія служатъ только подтвержденіемъ правилу,—а именно: при медуллярной эпилепсiи судорги являются частичными на ряду съ полными, но количество полныхъ судорожныхъ приступовъ несравненно больше, чѣмъ частичныхъ. Во вторыхъ, частичные приступы появляются у идиопатическихъ эпилептиковъ уже тогда, когда приступы эпилепсiи ослабѣваютъ въ своей напряженности и учащаются количественно,—иначе, когда эти приступы становятся привычными. Въ этихъ случаяхъ дѣйствительно бываетъ, что на ряду съ полными судорожными приступами проявляются половинные судорожные приступы, или отдѣльныхъ органовъ, или даже и одного органа. Объ этомъ явленіи иногда сами больные свидѣлствуютъ, говоря, что приступъ былъ легенькій, о чемъ они заявляютъ, вѣроятно, по неполной разбитости всѣхъ частей тѣла.

Кортикальная эпилепсiя въ обычномъ своемъ теченіи отличается тѣмъ, что почти всегда судорги охватываютъ не весь организмъ, а только часть его: половину, парные органы, нѣсколько органовъ, одинъ органъ и проч. Въ виду такого свойства, эта эпилепсiя называется еще *частичною* эпилепсiей или *Джаксоновскою* эпилепсiей, по имени тщательнаго изучившаго ее англійскаго ученаго Jackson'a. Частичная эпилепсiя можетъ быть гемиплегическою, параплегическою и моноплегическою. Этимъ своимъ свойствомъ частичная эпилепсiя рѣзко отличается отъ медуллярной или полной эпилепсiи. Правда, должно добавить, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ частичная эпилепсiя, послѣ долгаго

своего существованія, можетъ перейти въ полную эпилепсію, со всѣми ея свойствами и особенностями. Такой переходъ, по нашему мнѣнію, обозначаетъ то, что данный человѣкъ, подъ вліяніемъ повторности судорожныхъ приступовъ, становится эпилептикомъ и проявляетъ уже не частичную эпилепсію, а полную медуллярную эпилепсію.

2. *Появленіе судорогъ въ однихъ и тѣхъ же мускульныхъ группахъ.* При частичной эпилепсіи разъ появившіяся судороги въ какомъ либо органѣ въ дальнѣйшихъ приступахъ настойчиво будутъ проявляться въ тѣхъ же частяхъ. Правда, въ однихъ случаяхъ захватываемая судоргами область можетъ быть шире, въ другихъ уже, —но ядро судорожное остается всегда одно и тоже и какъ расширение, такъ и суженіе области судорогъ совершается на счетъ сосѣднихъ частей. Дѣло представляется въ такомъ видѣ, какъ бы судороги порождались въ одномъ и томъ же мѣстѣ корки, причемъ въ однихъ случаяхъ раздраженіе ограничивается меньшею областью корки, въ другихъ же случаяхъ большею областью корки, почему и судороги бываютъ то полнѣе, то уже, —но всегда въ однихъ и тѣхъ же группахъ.

3. *Эпилептическая авра.* Раньше мы говорили, что эпилептическая авра далеко не такое частое явленіе, какъ объ этомъ писали раньше. Особенно не часта она въ медуллярной эпилепсіи. За то гораздо чаще она въ кортикальной эпилепсіи; причемъ особенность ея та, что она для всѣхъ приступовъ одинакова, всегда появляется въ одномъ и томъ же органѣ, всегда распространяется въ томъ же направленіи и всегда гнѣздится въ томъ органѣ, который служитъ мѣстомъ пораженія для судорожнаго приступа. Эта авра проявляется въ видѣ чувства холода, вѣтерка, жара, терпкости и проч. Начинается она обыкновенно съ конца органа, быстро

поднимается вверхъ къ черепу и какъ только достигаетъ черепа моментально раздражается судорожнымъ приступомъ.

4. *Параличи и контрактуры.* Полная медуллярная эпилепсія, каковъ бы ни былъ ея приступъ, обыкновенно оставляетъ послѣ себя вялость, слабость, болѣзненное ощущеніе въ организмѣ, разбитость и проч.; но при этомъ не бываетъ ни парезовъ, ни параличей, ни контрактуръ. Правда, параличи могутъ быть отъ наступившихъ во время судорожнаго приступа кровоизліяній въ мозгу, но эти параличи особаго характера и не будутъ эпилептическими параличами. При кортикальной эпилепсіи часто бываютъ послѣ приступовъ послѣдовательныя ощущенія терпкости, утомленія, ослабленія и несвободы движенія, а также парезы, параличи и даже контрактуры именно въ тѣхъ органахъ, которые подвергаются судорогамъ. Эти парезы могутъ быть различныхъ свойствъ. Они могутъ быстро исчезать послѣ припадка, минутъ черезъ 30,—часа черезъ 3,—они могутъ длиться дней 3—5, они могутъ оставаться пожизненно и сопровождаться контрактурами. Механизмъ этихъ парезовъ и параличей для различныхъ случаевъ неодинаковъ. Быстро проходящіе парезы и параличи могутъ быть легко объяснены выраженіемъ временнаго истощенія кортикальных центровъ (Robertson ¹⁾) предшествующимъ крайнимъ напряженіемъ и чрезмѣрнымъ разряженіемъ нервной энергіи. Парезы и параличи, длящіеся послѣ приступа 3—5 дней, обыкновенно обуславливаются точечными кровоизліяніями въ пораженныхъ центрахъ. Наконецъ, параличи стойкіе, сопровождающіеся иногда контрактурами, дрожью, атетозомъ и проч., обуславливаются стойкими патологоанатомическими измѣненіями въ кортикальныхъ центрахъ, вслѣдствіе тѣхъ или другихъ

¹⁾ Robertson, Medico-chirurgic. Society of Glasgow, 1888.

органическихъ поражений, съ послѣдовательнымъ вторичнымъ перерожденіемъ проекціонныхъ путей.

5. *Присутствіе сознанія.* Однимъ изъ характерныхъ признаковъ медуллярной эпилепсіи является потеря сознанія. При частичной эпилепсіи въ огромномъ большинствѣ случаевъ сознаніе не теряется. Правда, бывають случаи, что и при полной эпилепсіи сознаніе не теряется; но это случается весьма рѣдко, при томъ у больныхъ съ хроническимъ страданіемъ, когда приступы являются очень часто и длятся весьма короткій промежутокъ времени. Съ другой стороны и случаи частичной эпилепсіи иногда сопровождаются потерей сознанія. Но въ общемъ, какъ при полной эпилепсіи происходитъ потеря сознанія, такъ при частичной эпилепсіи сознаніе обыкновенно присутствуетъ.

6. *Присутствіе чувствительности.* Тоже можно сказать и объ органахъ чувствъ, т. е., въ приступахъ частичной эпилепсіи воспріятіе обыкновенно существуетъ, тогда какъ при полной эпилепсіи органы чувствъ выводятся изъ круга душевной дѣятельности.

7. При продолжительномъ существованіи идиопатической эпилепсіи умственные способности больныхъ постепенно слабѣють и, наконецъ, переходятъ въ слабоуміе. При частичной эпилепсіи *пораженія умственныхъ способностей* почти не бываетъ, если же слабоуміе и наступаетъ то очень поздно, не вслѣдствіе повторныхъ приступовъ эпилепсіи, а вслѣдствіе распространенія болѣзненнаго процесса на мыслительные центры, при чемъ нравственная область почти не поражается (Wildermuth) ¹⁾.

8. *Кортикальная эпилепсія* почти никогда не сопровождается эпилептическимъ буйствомъ, во всякомъ же случаѣ несравненно рѣже, чѣмъ полная эпилепсія,

¹⁾ Wildermuth, Ueber epileptisches Irresein, Würtemb. Corresp.—Blatt, 1890, 11.

поднимается вверхъ къ черепу и какъ только достигаетъ черепа моментально разражается судорожнымъ приступомъ.

4. *Параличи и контрактуры.* Полная медуллярная эпилепсія, каковъ бы ни былъ ея приступъ, обыкновенно оставляетъ послѣ себя вялость, слабость, болѣзненное ощущеніе въ организмѣ, разбитость и проч.; но при этомъ не бываетъ ни парезовъ, ни параличей, ни контрактуръ. Правда, параличи могутъ быть отъ наступившихъ во время судорожнаго приступа кровоизліяній въ мозгу, но эти параличи особаго характера и не будутъ эпилептическими параличами. При кортикальной эпилепсіи часто бываютъ послѣ приступовъ послѣдовательныя ощущенія терпкости, утомленія, ослабленія и несвободы движенія, а также парезы, параличи и даже контрактуры именно въ тѣхъ органахъ, которые подвергаются судорогамъ. Эти парезы могутъ быть различныхъ свойствъ. Они могутъ быстро исчезать послѣ припадка, минутъ черезъ 30,—часа черезъ 3,—они могутъ длиться дней 3—5, они могутъ оставаться пожизненно и сопровождаться контрактурами. Механизмъ этихъ парезовъ и параличей для различныхъ случаевъ неодинаковъ. Быстро проходящіе парезы и параличи могутъ быть легко объяснены выраженіемъ временнаго истощенія кортикальныхъ центровъ (Robertson ¹⁾) предшествующимъ крайнимъ напряженіемъ и чрезмѣрнымъ разряженіемъ нервной энергіи. Парезы и параличи, длящіеся послѣ приступа 3—5 дней, обыкновенно обуславливаются точечными кровоизліяніями въ пораженныхъ центрахъ. Наконецъ, параличи стойкіе, сопровождающіеся иногда контрактурами, дрожью, атетозомъ и проч., обуславливаются стойкими патологоанатомическими измѣненіями въ кортикальныхъ центрахъ, вслѣдствіе тѣхъ или другихъ

¹⁾ Robertson, Medico-chirurgic. Society of Glasgow, 1888.

органическихъ поражений, съ послѣдовательнымъ вторичнымъ перерожденіемъ проекціонныхъ путей.

5. *Присутствіе сознанія.* Однимъ изъ характерныхъ признаковъ медуллярной эпилепсіи является потеря сознанія. При частичной эпилепсіи въ огромномъ большинствѣ случаевъ сознаніе не теряется. Правда, бывають случаи, что и при полной эпилепсіи сознаніе не теряется; но это случается весьма рѣдко, при томъ у больныхъ съ хроническимъ страданіемъ, когда приступы являются очень часто и длятся весьма короткій промежутокъ времени. Съ другой стороны и случаи частичной эпилепсіи иногда сопровождаются потерей сознанія. Но въ общемъ, какъ при полной эпилепсіи происходитъ потеря сознанія, такъ при частичной эпилепсіи сознаніе обыкновенно присутствуетъ.

6. *Присутствіе чувствительности.* Тоже можно сказать и объ органахъ чувствъ, т. е., въ приступахъ частичной эпилепсіи воспріятіе обыкновенно существуетъ, тогда какъ при полной эпилепсіи органы чувствъ выводятся изъ круга душевной дѣятельности.

7. При продолжительномъ существованіи идиопатической эпилепсіи умственные способности больныхъ постепенно слабѣють и, наконецъ, переходятъ въ слабоуміе. При частичной эпилепсіи *пораженія умственныхъ способностей* почти не бываетъ, если же слабоуміе и наступаетъ то очень поздно, не вслѣдствіе повторныхъ приступовъ эпилепсіи, а вслѣдствіе распространенія болѣзненнаго процесса на мыслительные центры, при чемъ нравственная область почти не поражается (Wildermuth) ¹⁾.

8. *Кортикальная эпилепсія* почти никогда не сопровождается эпилептическимъ буйствомъ, во всякомъ же случаѣ несравненно рѣже, чѣмъ полная эпилепсія,

¹⁾ Wildermuth, Ueber epileptisches Irresein, Würtemb. Corresp.—Blatt, 1890, 11.

хотя случаи эпилептического буйства присущи и кортикальной эпилепсией. Случай Pick'a ¹⁾ служитъ тому доказательствомъ.

9. *Кортикальная эпилепсія имѣетъ въ основѣ своей ограниченное органическое поврежденіе мозговой корки въ видѣ сифиломы, туберкула, цистицерка, инороднаго тѣла и проч.* Но бываютъ случаи, когда кортикальная эпилепсія является вслѣдствіе разлитого поврежденія (Ventra ²⁾, Seppili ³⁾) и даже вслѣдствіе вазомоторныхъ разстройствъ въ области корки (Ventra). Кромѣ того полная эпилепсія является преимущественно прирожденною, частичная же эпилепсія благопріобрѣтенною.

Не смотря на множество данныхъ, дающихъ намъ право отдѣлить частичную эпилепсію отъ полной, или кортикальную эпилепсію отъ медуллярной, нельзя не согласиться съ Löwenfeld'омъ ⁴⁾, что подобное подраздѣленіе далеко не всегда легко можно произвести на дѣлѣ, такъ какъ существуютъ формы эпилепсіи смѣшанныя, служащія переходомъ отъ частичной эпилепсіи къ полной. Очень рѣзкимъ образцомъ такой переходной формы эпилепсіи служитъ эпилепсія, являющаяся послѣ polioencephalitis и послѣ острыхъ заразныхъ заболѣваній (Wildermuth) ⁵⁾, такъ какъ она въ началѣ бываетъ обыкновенно чисто частичною, затѣмъ же можетъ перейти въ полную эпилепсію. По Erlenmeyer'у ⁶⁾ эта эпилепсія почти всегда сопровождается геми—и монопарезами съ недоразвитіемъ данныхъ частей.

¹⁾ Pick, Zur Klinik der epileptischen Bewusstseinstörungen, Zeitschrift f. Heilkunde, B. X.

²⁾ Ventra, Sul valore semiologico della epilepsia Jacksoniana, Il manicomio, 1888, 4.

³⁾ Seppilli, Rivista sperimentale di freniatria, 1888, an. XIII.

⁴⁾ Löwenfeld, Beiträge zur Lehre von der Jacks. Epilepsie, Arch. f. Psychiatrie, B. XXI.

⁵⁾ Wildermuth, Ueber epilept. Irresein, Würt. Corresp. Blatt, 1890.

⁶⁾ Erlenmeyer, Centralbl. für Psychiatrie von Kurella, 1891.

Тщательное изучение случаевъ частичной эпилепсіи показало, что, по мимо случаевъ судорожной частичной эпилепсіи, могутъ существовать и другія формы эпилепсіи. Такъ, Pitres ¹⁾ считаетъ правильнымъ признать эпилептическіе эквиваленты частичной эпилепсіи: сенсорные, сенситивные, психическіе и моторные. Tonnini ²⁾ раздѣляетъ частичную эпилепсію на сенсорную, психическую, вазомоторную и моторную. Эти формы частичной эпилепсіи у одного и того же лица могутъ соединяться по двѣ и по три вмѣстѣ и образовывать смѣшанную форму эпилепсіи. Löwenfeld точно также различаетъ сенсорный, паралитическій и другіе эквиваленты частичной эпилепсіи; хотя нельзя не высказать того, что до настоящаго времени тщательно разработана только судорожная частичная эпилепсія. Но если возможны случаи эпилепсіи, вслѣдствіе ограниченнаго пораженія мозговой корки въ области двигательной корки, то нѣтъ никакого основанія отрицать возможности появленія болѣзненныхъ проявленій при ограниченномъ пораженіи корки въ области чувствительной и проч.

Литература представляетъ множество случаевъ частичной судорожной эпилепсіи, изъ которыхъ многіе, какъ напр. случай Я. Я. Трутовскаго ³⁾ изъ нашей клиники, отличаются особенною ограниченностью захвата мускульной области. Я позволяю привести случай частичной судорожной эпилепсіи, бывшій подѣ моимъ наблюденіемъ ⁴⁾.

Больной М. О., 36 л.; 18 л. назадъ имѣлъ сифилитическій шанкръ со всѣми послѣдствіями. Полтора года назадъ явились головныя боли, головокруженія и затѣмъ частичная судорга лѣвой руки въ видѣ приступовъ. Такіе приступы сначала бывали въ

¹⁾ Pitres, L'épilepsie partielle ou Jacksonienne, Revue de médecine, 1889.

²⁾ Tonnini, Sulle epilepsie, Ji manicomio moderno, 1889.

³⁾ Я. Я. Трутовскій, Архивъ психіатріи, 1892. 2.

⁴⁾ П. И. Ковалевскій, Частичная эпилепсія, Медицина, 1892.

4—5 дней разъ,—теперь же являются по нѣсколько разъ въ день. Вотъ приступъ, который я наблюдалъ лично на приѣмѣ. Лѣвую руку сразу свела тоническая судорга, причемъ больной продолжалъ стоять и разговаривать. Зрачки слегка расширены, лицо поблѣднѣло, пульсъ поднялся до 88 (обыкновенно 72—76). Спустя минуту наступили клоническія судорги,—опять таки только въ рукѣ, которыя черезъ минуту постепенно ослабѣли и рука повисла. Динамометрія лѣвой руки обычно 32,—теперь 8,—а на другой день 30. Больной заявляетъ, что во время приступа въ головѣ у него ничего не происходитъ, онъ можетъ продолжать разговоръ; но продолжать работу не можетъ, такъ какъ въ головѣ пробѣгаетъ какъ-бы «хмарка» (облачко).

Частичная чувствительная эпилепсія можетъ являться или одновременно съ двигательною, или въ перемежку съ двигательною, въ видѣ эквивалента ея. Эта форма эпилепсіи можетъ касаться всѣхъ органовъ чувствъ, но чаще проявляется она въ осязательныхъ ощущеніяхъ: въ видѣ онѣмѣнія, ползанія мурашекъ, чувства жара, холода, теплоты, покалыванія, рѣдко боли. Со стороны другихъ органовъ чувствъ могутъ являться приступы свѣтовыхъ и цвѣтовыхъ ощущеній, темноты въ глазахъ, шума въ ушахъ, галлюцинацій и проч. Löwenfeld ¹⁾ говоритъ, что эта форма эпилепсіи не всегда связана съ анатомическими измѣненіями въ мозгу; ее можно опредѣлять по односторонности явленій, быстрому теченію, существованію парестезій и сохраненію сознанія. Anderson ²⁾ передаетъ слѣдующій случай чувствительной эпилепсіи.

Больной испытывалъ приступы особаго ощущенія, направляющагося по правой рукѣ къ запястью, затѣмъ оно переходило на позвоночникъ и затылочную часть черепа,—но никогда на лобную. О наступленіи этихъ припадковъ, являвшихся почти ежедневно, больной узнавалъ по предшествовавшему горькому вкусу во рту. Рядомъ съ этими больной во время приступа видѣлъ видѣнія, преимущественно изъ своей дѣтской жизни; кромѣ того слышалъ женскіе и дѣтскіе голоса. Иногда больной во время припадка терялъ сознаніе.

¹⁾ Löwenfeld, l. c.

²⁾ Anderson, The Brain, 1886, 4.

Наиболѣе рѣзкимъ проявленіемъ частичной чувствительной эпилепсіи можетъ служить также офталмическая мигрень (*migraine ophthalmique*), характеризующаяся сочетаніемъ явленій мигрени и зрительныхъ разстройствъ. Приступу самой глазной мигрени иногда предшествуютъ зрительныя разстройства въ видѣ легкаго тумана передъ глазами, скоропроходящей геміопіи, то быстро наступающей, то развивающейся постепенно, то ограниченія поля зрѣнія, всегда на той сторонѣ, на которой и боль; въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ и полная кратковременная слѣпота. Приступъ состоитъ изъ слѣдующаго сочетанія признаковъ: явленія возбужденія, блестящія скотомы, геміопія, сильнѣйшая мигренная головная боль, оканчивающаяся иногда рвотой, упадкомъ силъ и послѣдующей сонливостью. Скотомы бываютъ весьма разнообразной формы и обыкновенно занимаютъ периферію поля зрѣнія, при чемъ почти всегда они проявляются половинно и снаружи пораженного мигренью глаза. Зрачки при этомъ въ большинствѣ сужены, при чемъ зрачекъ болящаго глаза суженъ болѣе, чѣмъ другого (Latham). Galezowski разъ въ случаѣ съ кратковременною слѣпотою наблюдалъ расширеніе зрачка и анемію зрительнаго соска. Иногда одновременно съ этимъ являются сильнѣйшія боли въ глазу, невольно наводящія на мысль объ острой главокомѣ. Сама мигрень почти всегда появляется послѣдовательно за зрительными разстройствами, занимая область виска, глазницы, темени и проч. Голова при этомъ горячая, пульсація усилена, сжатіе черепа какъ бы облегчаетъ боль. Въ теченіи приступа является непріятное головокруженіе, заканчивающееся иногда рвотой. Иногда глазная мигрень сопровождается разстройствами рѣчи, а также судорогами лица, конечностей и проч. Иногда сюда присоединяются галлюцинаціи, ощущеніе ползанья мурашекъ, приступы возбужденія и

импульсивныя влеченія. Иногда послѣ этой частичной эпилепсiи остаются явленія истощенія въ видѣ гемипарезовъ, равно какъ послѣ другихъ видовъ сенсорной эпилепсiи остаются явленія подавленности въ видѣ ослабленія слуха, обонянія, вкуса (Pitres ¹⁾) и проч. Въ однихъ случаяхъ глазная мигрень является самостоятельно, — въ другихъ случаяхъ она является предвѣстникомъ прогрессивнаго паралича (Blocq, Lemos), сочетаніемъ истеріи (Babinski), параличей черепныхъ нервовъ (Chalmers da Costa) и проч.

Психическая частичная эпилепсія, по Pitres ²⁾, проявляется въ формѣ excitation maniaque, а также въ видѣ impulsions instinctives и проч. Löwenfeld въ этомъ отношеніи расходится съ Pitres и полагаетъ, что эти душевныя отклоненія служатъ только лишь предвѣстниками приступовъ эпилепсiи, а не самой эпилепсiей. Tonpini ³⁾ полагаетъ, что чувствительная и психическая эпилепсія связаны съ пораженіемъ задней и передней долей полушарій.

Паралитическая частичная эпилепсія. Pitres, Löwenfeld, Wildermuth и др. описываютъ паралитическiй эквивалентъ частичной эпилепсiи, состоящій въ появленіи частичныхъ параличей. Параличи эти могутъ быть въ формѣ гемиплегій, параплегій и моноплегій, — почти всегда они односторонни. Отличительная черта этой формы эпилепсiи — кратковременность существованія — 0,5—1 минута. Подобно тому, какъ и въ судорожной формѣ, ей могутъ предшествовать авра, парестезіи и

¹⁾ Pitres, Etude sur quelques equivalent clinique de l'épilepsie partielle du Jacksonnienne, Revue de medecine, 1888. Blocq, Archives de Neurologie, 1889. Lemos, Neurolog. Centralb., 1890, 17. Babinski, De la migraine ophthalmique hysterique, Archives de Neurologie, № 60. Chalmers da Costa, A case of ophtalmic migrenne, The Journal of Nervous and mental disease, 1890.

²⁾ Pitres, Revue de medecine, 1888.

³⁾ Tonpini, Sulle epilepsie, Il manicomio moderno, 1889.

проч. Недавно Bateman ¹⁾ описалъ интересный случай паралитической эпилепсіи въ области языка подъ именемъ эпилептического логонейроза. Подобный случай приходилось наблюдать и мнѣ ²⁾.

Мѣщанинъ П.—К., 18 л., еврей жаловался на отнятіе языка по нѣскольکو разъ въ сутки,—при чемъ сознаніе не теряется, хотя въ головѣ у него происходитъ что-то особенное. Приступы длятся 2—3' и повторяются въ сутки 10—12 разъ. У сестры больного *paroxysmus* и ночное снохожденіе. Больной шести лѣтъ отъ роду получилъ ударъ въ голову, послѣ чего у него остался глубокий рубецъ въ области лба. Вотъ картина припадка, который намъ пришлось наблюдать: лицо красное, съ выраженіемъ испуга, пульсъ 108; зрачки расширены, количество жидкой слюны очень увеличено, больной можетъ открыть ротъ, равно какъ и совершать всѣ движенія руками и ногами. Языкъ сжать по длинѣ и представляеть картину, какъ при раздраженіи сильными электрическими токами. Уколы и прикосновеніе къ языку не чувствительны. Подвижность языка въ эту пору по произволу невозможна. Спустя 3' припадокъ прекратился, послѣ чего больной нѣскольکو минутъ говорить медленно и съ затрудненіемъ.

Къ частичной же эпилепсіи приходится отнести случаи вазомоторной эпилепсіи; такъ Emminghaus ³⁾ описалъ случаи приступовъ *potbнія*, являющихся безъ всякой причины, безъ всякаго мускульнаго напряженія, то съ потерей сознанія, то безъ онаго. Westphal ⁴⁾ и Fischer ⁵⁾ описали особенные своеобразные приступы во время сна. Fèré ⁶⁾ описываетъ случай эпилепсіи въ видѣ періодически наступающей слабости и полного безсилія.

Сифилитическая эпилепсія ⁷⁾. Мнѣ остается сказать нѣскольکو словъ о сифилитической эпилепсіи. Она

¹⁾ Bateman, L'Encéphale, 1888, 1.

²⁾ П. И. Ковалевскій, Частичная эпилепсія, Медицина, 1892.

³⁾ Emminghaus, Archiv für Psychiatrie, B. IV, H. 3.

⁴⁾ Westphal, Arch. f. Psychiatrie, B. VII, H. 3.

⁵⁾ Fischer, Arch. f. Psychiatrie, B. VIII, H. 1.

⁶⁾ Fèré, Sur l'apathie épileptique, Revue de médecine, 1891.

⁷⁾ П. И. Ковалевскій, Сифилисъ мозга и его леченіе, 1891.

не представляет собою особенной формы, а можетъ являться какъ въ видѣ медуллярной, такъ и въ видѣ кортикальной эпилепсiи. Въ медуллярной формѣ сифилитическая эпилепсiя является при наследственномъ сифилисѣ, когда сифилисъ унаследуется въ формѣ сифилитическаго діатеза,—въ кортикальной формѣ сифилитическая эпилепсiя является преимущественно при благопріобрѣтенномъ сифилисѣ, а также и при наследственномъ, если человѣкъ унаследуетъ сифилисъ въ видѣ гуммъ или сифиломъ.

В. Малая эпилепсiя.

Малая эпилепсiя (epilepsia mitis, petit mal) представляет собою вторую группу соматической эпилепсiи и состоитъ также изъ многихъ разновидностей, составляющихъ однако переходъ къ психической эпилепсiи. Обычную форму малой эпилепсiи составляетъ состояніе *потери сознанія* (absence) на нѣсколько минутъ и даже секундъ. Человѣкъ съ вами говоритъ, дѣлаетъ что нибудь, и вдругъ прерываетъ разговоръ на 5—120 секундъ и за тѣмъ опять продолжаетъ разговоръ или дѣло. Больной не помнитъ того, что онъ дѣлалъ перерывъ, не сознаетъ перерыва между концомъ его рѣчи и возобновленіемъ ея. Это будетъ въ полномъ смыслѣ слова отсутствіе сознанія, какъ въ самый моментъ пораженія, такъ и сознанія того, что съ нимъ что нибудь случилось. Организмъ при этомъ существуетъ только при однихъ автоматическихъ отправленіяхъ и лишается отправленій душевной жизни. Бываютъ случаи, когда больной, теряя сознаніе, не прерываетъ даже своихъ занятій и продолжаетъ ихъ производить автоматически. Trousseau ¹⁾ приводитъ такой случай: олинъ любитель музыки часто участвовалъ въ оперныхъ оркестрахъ по пристрастію къ дѣлу. Случалось, что

¹⁾ Trousseau, Эпилепсiя, Клиническія лекціи.

во время игры въ театрѣ онъ впадалъ въ безсознательное состояніе, при чемъ однако игры своей не прерывалъ, а продолжалъ, хотя и безсознательно, но вполне правильно.—По формѣ своей приступъ малой эпилепсіи представляетъ почти всѣ тѣже явленія, какъ и приступъ большой эпилепсіи, съ тою разницею, что при этомъ не бываетъ судорожныхъ явленій. Въ большинствѣ случаевъ при малой эпилепсіи: лице блѣдное и какъ бы напуганное и напряженное, зрачки расширены и безъ реакціи на свѣтъ, пульсъ учащенный, дыханіе также учащено, больные остаются нечувствительными и неподвижными, если держали вещи, то при этомъ роняютъ ихъ, иногда бываетъ непроизвольное отдѣленіе мочи, послѣ приступа—полное отсутствіе воспоминанія.

Болѣе сложный приступъ малой эпилепсіи представляетъ собою *эпилептическое головокруженіе* (*vertigo epileptica*), состоящее въ томъ, что приступъ начинается головокруженіемъ: вокругъ больного начинаютъ кружиться всѣ предметы, или самъ больной начинаетъ какъ то закруживаться, пока не переходитъ въ безсознательное состояніе. Послѣ припадка больной ничего не помнитъ о случившемся; но иногда чувствуетъ себя при этомъ разбитымъ, изнуреннымъ и ослабленнымъ.

Еще въ иныхъ случаяхъ эпилептикъ въ моментъ безсознательнаго состоянія совершаетъ сложные, цѣлесообразные поступки и дѣйствія; говоритъ, ходитъ,—тѣмъ не менѣе, по окончаніи припадка, обо всемъ этомъ ничего не помнитъ. Мы приведемъ замѣчательный случай проф. Trousseau: одинъ предсѣдатель во время засѣданія въ судѣ встаетъ съ мѣста, шепчетъ нѣсколько словъ, отправляется въ залу и возвращается нѣсколько секундъ спустя, не сознавая того, что онъ дѣлалъ. На вопросъ товарищей, гдѣ онъ былъ, онъ не припомнилъ, что вставалъ съ мѣста. Вскорѣ послѣ этого, когда онъ уходилъ въ первый разъ, швейцару приказали

слѣдить за нимъ. Швейцаръ увидалъ, что онъ вошелъ въ залу и помочился въ уголь, послѣ чего возвратился на свое мѣсто, вовсе не зная ничего о своемъ поступкѣ.

Такимъ образомъ оказывается, что одни epileptici въ моментъ припадка находятся въ полной недѣятельности и безсознательности—другіе, напротивъ, совершаютъ сложные, цѣлесообразные и осмысленные поступки и дѣйствія. При этомъ какъ въ моментъ приступа они не разсуждаютъ о тѣхъ обстоятельствахъ, которыя предшествовали, и ничего этого не помнятъ,—такъ точно послѣ приступа epileptici не помнятъ о томъ, что они совершили въ моментъ приступа. Въ общую массу ихъ душевной дѣятельности въ этотъ моментъ вводится новая величина, которая стоитъ себѣ отдѣльно, совершенно особнякомъ, не имѣя никакой связи ни съ предыдущимъ, ни съ послѣдующимъ. Это явленіе представляется въ такомъ видѣ, что какъ бы изъ общей суммы душевной дѣятельности вынималась частица ея и замѣнялась другою, хотя и весьма похожею, замѣняющею ее, но не однородною, почему она и остается безъ всякой связи съ другими, совершенно особнякомъ.

Разительнымъ образцомъ такихъ автоматическихъ поступковъ при epilepsia служитъ недавно разработанный и тщательно обследованный Crothers'омъ *алкогольный автоматизмъ*. Послѣ Crothers'a¹⁾ слѣдовали по этому вопросу работы Magnan'a, проф. Мержіевскаго, А. А. Говсѣева, К. П. Сулимы, П. А. Троицкаго, П. Н. Лащенко и др. Подъ именемъ алкогольнаго автоматизма или алкоголна-

1) Crothers, The Journal of nervous and mental disease, 1884, 2. Magnan, Congres international des sciences medical., 1878.—Проф. Мержіевскій, Вѣстникъ клинич. психіатріи, т. I, в. 2.—А. А. Говсѣевъ, Архивъ психіатріи, 1885, V, 1.—К. П. Сулима, Архивъ психіатріи, т. X, к. 1.—П. А. Троицкій, Архивъ психіатріи, т. XV, к. 1.—П. Н. Лащенко, Базелова болѣзнь и алкогольный параличъ, Архивъ психіатріи, 1891, 1.—Crothers, Quarterly Journal of Inebriety, 1889, 3. Frenkel, L'automatisme dans l'épilepsie et dans les autres maladies nerveuses, 1890.

го транса разумѣется такое состояніе, когда опьянѣвшій человѣкъ совершаетъ какіе-нибудь въполнѣ вълѣсообразные поступки, о которыхъ онъ за тѣмъ теряетъ сознаніе совершенно. Эти поступки являются хотя и вълѣсообразными однако безсознательными. Состояніе автоматизма длится отъ нѣсколькихъ минутъ и до нѣсколькихъ часовъ и дней. Такимъ образомъ явленія алкогольнаго автоматизма совершенно подходятъ къ автоматизму эпилептическому и представляются съ нимъ тождественными, на что указываютъ какъ лица изучавшія алкогольный автоматизмъ, такъ и автоматизмъ чистый (Frenkel). Эпилептический автоматизмъ или какъ его называетъ Charcot «crises comitiales amboulatrices» можетъ являться и совмѣстно съ эпилептическими судорогами—то передъ припадкомъ, то послѣ него—, но чаще онъ является въ связи или вмѣстѣ съ малымъ эпилептическимъ приступомъ.

Библиографія.

Д-р П. Милянничъ, Душевно-больные, глухо-нѣмые, эпилептики и слѣпые въ Черногоріи (Душевно-болезни, глухо-нѣмые, эпилептики и слѣпые у Црногори, Београдъ), 1891.

Однимъ изъ важнѣйшихъ орудій и способовъ доказательства того или другого положенія считалась и теперь считается статистика. Правда, ея сила и ея важность во многомъ зависитъ отъ способа и условій ея собиранія. Къ сожалѣнію, у насъ на Руси въ статистику такъ извѣрились, что теперь она убѣждаетъ очень немногихъ. Такое недовѣріе обуславливается и необъятнымъ пространствомъ Россійской Имперіи и, нерѣдко, не вполне доброкачественными способами собиранія. Иное отношеніе бывзаетъ къ статистикѣ малыхъ государствъ, гдѣ всѣ жители на виду, и гдѣ статистическія данныя легко можно провѣрить. Предлежащій трудъ почтеннаго товарища, доктора Миляннича, имѣетъ то особенное значеніе, что его статистическимъ даннымъ можно вполне довѣрять, такъ какъ они собраны лицами заслуживающими довѣріе и въ странѣ небольшой въ пространственномъ отношеніи. Статистическія свѣдѣнія авторъ собралъ частью чрезъ агентовъ министерства внутреннихъ дѣлъ, а частью чрезъ православное, католическое и магометанское духовенство. По собраннымъ даннымъ оказывается, что всѣхъ душевно-больныхъ въ Черногоріи 487=299 м. и 188 ж., изъ которыхъ 104 въ теченіе года выздоровѣло и всего осталось 383. По вѣроисповѣданію они дѣлились такъ: 360 православныхъ, 16 магометанъ, и 7 католиковъ. Въ общемъ въ Черногоріи одинъ душевно-больной приходится на 446 здоровыхъ. Такой большой процентъ душевно-больныхъ въ Черногоріи является чрезвычайно поразительнымъ, тѣмъ болѣе, что въ этой странѣ алкоголизмъ не существуетъ. Быть можетъ этому много способствуетъ то обстоятельство, что въ Черногоріи для этихъ страдалцевъ нѣтъ надлежащаго помѣщенія и призрѣнія, что можно сказать и о нашей родинѣ. Кромѣ того въ Черногоріи не могла не остаться безъ вліянія на увеличеніе душевныхъ заболѣваній, особенно у простолюдинъ, вѣковая борьба за свободу, за жизнь, за имущество. Не смотря на теперешнюю вольность государства, и теперь еще черногорцамъ часто не приходится раставаться, съ ружьемъ и ятаганомъ. Такая борьба съ дикими сосѣдями, нравственная борьба съ цивилизованными сосѣдями, борьба съ условіями жизни и существованія, борьба съ болѣзнями, голодомъ и проч.,—все это не можетъ не служить усиленію возникновенія и развитія душевныхъ заболѣваній среди народонаселенія. Не веселыми красками почтенный товарищъ рисуетъ быть душевно-больныхъ въ Черногоріи. Странствуютъ они отъ монастыря къ монастырю, отъ мѣста къ мѣсту и нигдѣ не находятъ пріюта...

Всѣхъ глухо-нѣмыхъ въ Черногоріи 226=144 м. и 82 ж. Всѣхъ слѣпыхъ въ Черногоріи 353=179 м; и 174 ж. Эпилептиковъ въ Черногоріи очень большое количество,—почти столько же, какъ и душевно-больныхъ,—именно 405=277 м. и 188 ж. или одинъ эпилептикъ на 406 здоровыхъ. Болѣзнь появилась впервые въ возрастѣ отъ 0 до 5 лѣтъ 91

» 5 — 10	» 32	15 = 1 — 5 г.
» 10 — 15	» 32	31 = 5 — 10 »
» 15 — 20	» 56	26 = 10 — 15 »
» 20 — 25	» 19	58 = 15 — 20 »
» 25 — 30	» 17	41 = 20 — 25 »
» 30 — 35	» 10	43 = 25 — 30 »
» 35 — 40	» 11	32 = 30 — 35 »
» 40 — 45	» 4	24 = 35 — 40 »
» 50 — 55	» 3	22 = 40 — 45 »
» 55 — 60	» 2	19 = 45 — 50 »
» 60 — 65	» 8	30 = 50 — 55 »
» 60 — 70	» 1	13 = 55 — 60 »
		18 = 60 — 65 »
		8 = 65 — 70 »
		10 = 70 — 75 »
		6 = 75 — 80 »
		4 = 80 — 85 »
		1 = 6 — — »

Существуетъ убѣжденіе, что эпилепсія сокращаетъ время жизни страдальцевъ; статистика Черногоріи говоритъ далеко не въ пользу этого общераспространеннаго мнѣнія. Нельзя не удивляться столь большому числу эпилептиковъ для Черногоріи,—особенно, принимая во вниманіе опять таки то обстоятельство, что въ Черногоріи хроническій алкоголизмъ не существуетъ. Свѣдѣнія доктора Миланчица очень цѣнны, и мы не можемъ не высказать за нихъ товарищу спасибо.

П. И. Ковалевскій.

Др Эповъ, О патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ периферическихъ нервахъ подѣ влияніемъ различныхъ вредныхъ агентовъ. 1891 г.

Нервные волокна измѣняются подѣ влияніемъ вредныхъ веществъ двоякимъ образомъ: или вслѣдствіе химическаго дѣйствія, или вслѣдствіе причиняемаго имъ раздраженія. Химическое дѣйствіе выражается 1. эмульсированіемъ миелина, какъ это бываетъ при дѣйствіи спирта, эфира, отчасти скипидара; 2. раствореніемъ того же миелина тѣми-же веществами, и, кромѣ того, веществами, образующимися въ тканяхъ, вслѣдствіе раздраженія, или же потери функции нерва, напр. при впрыскиваніи туши, при отравленіи свинцомъ, при атаксіи и параличахъ, вслѣдствіе разрушенія центровъ. Протоплазма какъ ядра, такъ и осевого цилиндра набухаетъ и разрушается менѣе всего тамъ, гдѣ его защищаетъ миелиновая оболочка. Осевого цилиндра дѣлается нестойкимъ и разрушается скоро въ тѣхъ случаяхъ, когда разъединяется съ межпозвоночными узлами и тогда разрушеніе наступаетъ сразу по всей длинѣ, начиная съ потерей его плотности. Химическія дѣйствія вредныхъ веществъ обыкновенно начинаются съ перетяжекъ Ранье; явленіе же раздраженія нерва выражается появленіемъ миелиновыхъ капель или

выходящихъ изъ мѣлиновой оболочки или образующихся въ самомъ веществѣ осевого цилиндра. Такого рода раздраженіе является при всякого рода вредныхъ агентахъ, но наблюдать его можно только въ начальныхъ періодахъ. Валлеровское перерожденіе начинается съ этихъ же явленій. Такимъ образомъ оказывается: будутъ-ли разрушены центральные нервные приборы, или они будутъ цѣлы, явленія разрушеній все равно начинаются въ нервахъ съ ихъ периферическихъ окончаній и притомъ—эти явленія одинаковы т. е. въ началѣ сохраняется осевой цилиндръ, хотя онъ, можетъ быть, и сжимается. Совершенно иной процессъ представляетъ валлеровское перерожденіе, когда процессъ начинается сразу по всему нерву и когда осевой цилиндръ разрушается почти въ самомъ началѣ процесса. Работа автора отличается серьезностью и обстоятельностью.

М. Васильевъ.

Dr В. П. Тишковъ, Объ отематомѣ. Къ ученію о прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ, 1891.

Озаглавленный трудъ представляетъ весьма обстоятельную и почтенную работу въ области психопатологии. На основаніи литературныхъ данныхъ и своихъ личныхъ изслѣдованій, авторъ дѣлитъ отематому на *othematoma verum* и *othematoma spurium*. Главное свое вниманіе авторъ останавливаетъ на *othematoma verum*, которая при прогрессивномъ параличѣ представляется строго опредѣленнымъ явленіемъ. Исходнымъ пунктомъ развитія истинной отематомы служитъ состояніе отживанія ушного хряща, схожее съ некрозомъ. Такое состояніе хряща вызываетъ раздраженіе перихондрія—продуктивное воспаленіе его, послѣдствіемъ этого является востаніе новообразованныхъ сосудовъ въ вещество хряща, раствореніе его и замѣщеніе новообразованнымъ молодымъ. Этотъ процессъ обуславливаетъ ослабленіе связи между отдѣльными участками ушного хряща и нарушаетъ однородность его строенія, такъ что хрящъ становится неправильно-слоистымъ. Такой хрящъ легко расщепляется. Одновременно съ образованіемъ полости, вслѣдствіе такого расщепленія, происходитъ разрывъ новообразованныхъ сосудовъ и кровоизліаніе. Излившаяся кровь еще болѣе способствуетъ расщепленію хряща и увеличенію кровоизліанія. Такимъ образомъ полость отематомы лежитъ внутри расщепленнаго на пластинкѣ хряща, заключеннаго въ мѣшокъ перихондрія, почти совершенно замкнутый. Расщепленный хрящъ не принимаетъ участія ни во всасываніи излившейся крови, ни въ процессѣ новообразованія ткани для выполненія полости. Медленное всасываніе совершается скудными путями перихондрія. Полость отематомы выполняется востаніемъ новообразованной соединительной ткани, которая проявляетъ наклонность превращаться въ сѣтчатый хрящъ. Послѣдовательное обезображиваніе уха обуславливается именно смѣщеніемъ разъединенныхъ пластинокъ хряща. Истинная отематома у паралитиковъ указываетъ на безнадежный во всѣхъ отношеніяхъ прогнозъ. Вызывающей причиной ея у паралитиковъ обыкновенно бываетъ внѣшній импульсъ, хотя и умѣренной силы. Въ рѣдкихъ случаяхъ можно допустить развитіе отематомы и органическимъ путемъ. Какъ рѣдкость истинная отематома можетъ произойти и у душевно-здоровыхъ людей. Отематома сама по себѣ у паралитиковъ не можетъ служить поводомъ къ судебно-медицинской экспертизѣ.

П. И. Ковалевскій.

Д-р Алтуховъ, Энцефалометрическія изслѣдованія мозга въ связи съ поломъ, возрастомъ и черепнымъ указателемъ.

Масса совершенно разнообразныхъ указаній и методовъ краніо-топографическаго опредѣленія, съ другой стороны непостоянство и условность опознавательныхъ точекъ, все это невольно ставитъ въ затрудненіе при выборѣ метода, наиболѣе подходящаго къ каждому данному случаю. Дѣлая обзоръ всѣхъ способовъ опредѣленія на головѣ живого человѣка взаимнаго отношенія бороздъ и наружной поверхности черепа, видно, что большинство изслѣдователей выражало это отношеніе въ видѣ абсолютныхъ цифръ, показывающихъ извѣстную линейную мѣру, и приравнивало послѣднюю къ тому или другому изъ опознавательныхъ пунктовъ; какъ таковыя избираются швы, полукружная линія, glabella, бугры, отростки, наружный слуховой проходъ и т. п. Знать, на примѣръ, что данная борозда помѣщается въ среднемъ на столько-то миллиметровъ къзади отъ извѣстнаго шва, далеко еще не обуславливаетъ возможности точно ее опредѣлить на живомъ субъектѣ. Это представляетъ зачастую массу затрудненій у хорошо упитанныхъ, съ сильно развитой мускулатурой, субъектовъ.—при чемъ нѣкоторыхъ швовъ положительно невозможно прощупать, напр.: мѣсто соединенія чешуйчатаго шва и большого крыла клиновидной кости—пунктъ весьма важный при опредѣленіи Сильвиевой борозды. Помимо этого, швы могутъ подвергнуться раннему заростанію и сдѣлаться недоступными для ощупыванія, не говоря уже о различныхъ патологическихъ процессахъ (инфильтраты, опухоли, узелки, узелки), которые могутъ маскировать, а иногда даже симулировать извѣстныя опознавательныя точки и тѣмъ ввести въ заблужденіе изслѣдователя.

Затрудненіе при опредѣленіи швовъ на головѣ живого человѣка, неточность при нахожденіи срединной точки на такой обширной территоріи, какъ glabella, темянной бугоръ или лобный. наконецъ, способность швовъ перемѣщаться въ довольно обширныхъ предѣлахъ, все это заставило проф. Зернова отказаться отъ упомянутыхъ выше опознавательныхъ пунктовъ и избрать другія анатомическія точки, при чемъ пользованіе ими комбинируется съ геометрическимъ опредѣленіемъ положенія различныхъ пунктовъ черепной крышки, или поверхности мозга. Съ этою цѣлью проф. Зерновъ построилъ инструментъ, при помощи котораго можно прилагать рисунокъ швовъ черепа, бороздъ мозга и глубже лежащихъ частей на шаровую поверхность и затѣмъ изображать этотъ рисунокъ на плоскошаріи, при чемъ положеніе точекъ опредѣляется градусами долготы и широты. Но для того, чтобы можно было сравнить одинъ случай съ другимъ и судить о сходствѣ или различіи ихъ, необходимо, чтобы шаровая поверхность, на которую будетъ прилагаться изображеніе черепа или мозга, имѣла постоянно одинаковое положеніе по отношенію къ точкамъ головы, всегда легко опредѣлимымъ. Какъ таковыя проф. Зерновъ избралъ лобную точку Вроса и затылочный бугоръ. Проф. Зерновъ высказалъ предположеніе о возможности вліянія черепнаго указателя на положеніе бороздъ. Для провѣрки этого предположенія, авторъ произвелъ рядъ энцефалометрическихъ снимковъ, дабы, на основаніи полученныхъ данныхъ, можно было судить, насколько существ-

венна разлица въ положеніи бороздъ у брахи и долицефаловъ; вмѣстѣ съ тѣмъ имъ было обращено вниманіе и на возможное вліяніе пола и возраста. По наложеніи энцефалометра авторъ наносилъ на карту плоскошарія положенія швовъ. Произвела рядъ энцефалометрическихъ съемокъ авторъ могъ доказать, что брахи и долихоцефалическая форма мозга сопровождается соотвѣтственнымъ расположеніемъ бороздъ, при чемъ разрѣзъ перемѣщенія ихъ на мозгу того и другого различенъ. По мнѣнію автора, размѣръ колебанія продольныхъ бороздъ прямо пропорціоналенъ черепному указателю и размѣръ колебанія поперечныхъ бороздъ обратно пропорціоналенъ тому же указателю.

Н. М. Васильевъ.

Д-р П. Викторъ, Броунъ-Секаровскій способъ подкожныхъ впрыскиваній и его значеніе въ лѣченіи нервныхъ больныхъ, старческаго ослабленія и чахотки (бѣгучки легкихъ).

Сѣменная жидкость, приготовленная по способу пр. Броунъ-Секара, даетъ сильное мѣстное раздраженіе. Авторъ пользовался приготовленіемъ жидкости по видоизмѣненному способу д-ра Vagiot'a, удержавъ при этомъ способъ фильтраціи, предложенный проф. Костюринымъ, но замѣнивъ бумажный фильтръ полотнянымъ. Тестикулы брались преимущественно отъ морскихъ свинокъ, кроликовъ и молодыхъ кобелей. Всего Броунъ-Секаровскій способъ примѣнялся въ 57 случаяхъ (47 м. — 10 ж.); по болѣзнямъ можно распределить на слѣдующія группы: Hemiplegia 9 м., Myelitis cr. 6 м., Tabes dorsalis 7 м., Neurasthenia 18, Marasmus senilis 3, Tuberculi. 4. Различ. заболѣв. 10. Гемиплегии. Результатъ примѣненія въ этой группѣ выразился увеличеніемъ, какъ общей физической силы, такъ въ частности мышечной силы здоровыхъ и парализованныхъ конечностей (констатировано динамометромъ), — увеличеніемъ нагнетательной силы мочеиспусканія и испражненія, — появленіемъ эрекціи (скоропроходящій эффектъ) и улучшеніемъ самочувствія. Въ группѣ міэлитовъ получились или отрицательные результаты, или весьма слабые, частичные положительные. При Tabes почти во всѣхъ случаяхъ получилось улучшеніе. Особенно хорошіе результаты получились въ нѣкоторыхъ случаяхъ нейрастеніи.

Н. М. Васильевъ.

Д-р Постовскій, Объ одномъ изъ физическихъ признаковъ слуховыхъ галлюцинацій, Медицинское обозрѣніе, 1891, 23.

Когда рѣчь идетъ о внѣшнихъ признакахъ слуховыхъ галлюцинацій, то обыкновенно указываютъ: на прислушиваніе больныхъ въ извѣстномъ направленіи, избраніе ими какого-либо опредѣленнаго угла, затыканіе ушей, закрываніе головы, активное противолѣйствіе, молчаливый отказъ отъ пищи, внезапное вздрагиваніе или смѣхъ, громкій разговоръ. Fèrè въ числѣ другихъ признаковъ указываетъ на слѣдующіи: если слуховыя галлюцинаціи дѣлаются продолжительны, то на кожѣ въ области уха образуются складки, которыя помѣщаются впереди tragus, надъ мускуломъ attrahens auriculæ, имѣютъ перпендикулярное направленіе къ волокнамъ этой мышцы и вогнутостью обращены кзади. Эти складки Fèrè называетъ активными въ противоположность пассивнымъ, образующихся вслѣдствіе тяжести мягкихъ частей и кожи, которыя имѣютъ косое направленіе сзади на перелъ, сверху внизъ и въ своемъ

продолженіи слѣдуютъ направленію нижней челюсти. Точно также у галлюцинирующихъ иногда наблюдаются съ достаточной отчетливостью сокращенія мышцъ жевательной и грудино-ключичной, и сокращеніе послѣдней, въ случаяхъ одностороннихъ галлюцинацій, влечетъ иногда за собой стойкое и опредѣленное отклоненіе головы, а именно поворотъ ея въ ту или другую сторону. Fere считаетъ, что складки обуславливаются повторными рефлекторными мышечными сокращеніями, вызываемыми продолжительными слуховыми галлюцинаціями. Авторъ провѣрялъ сообщеніе Fere о складкахъ у слуховыхъ галлюцинантовъ и нашелъ активныя складки у 8 человекъ на 50, при чемъ эти больные были въ возрастѣ отъ 40 до 60 л., галлюцинаціи же продолжались отъ 6 до 12 л. Изслѣдуя другихъ больныхъ въ возрастѣ отъ 40 лѣтъ, авторъ нашелъ такія же складки и у другихъ больныхъ, хотя слуховыхъ галлюцинацій у нихъ и не было. Авторъ, на основаніи этихъ данныхъ, а также анатомо-физиологическихъ соображеній, приходитъ къ тому выводу, что діагностическое значеніе этого признака Fere еще остается открытымъ.

Н. М. Васильевъ.

Dr Л. И. Иковъ, Случай diabetes insipidus при сифилисѣ мозга, Протоколы физико-медицинскаго общества въ Москвѣ, 1890, 7.

Больная 33 л., нѣсколько мѣсяцевъ назадъ имѣла внезапно-развиншуюся и быстро исчезающую афазію и hemiparesis dextra. Одновременно съ этимъ: головная боль, головокруженіе, жажда, зябкость во всемъ тѣлѣ. Спустя нѣкоторое время второй приступъ: головная боль, головокруженіе, частая рвота мозгового характера, мозговой пульсъ, эпилептоидный приступъ и сильная жажда. При изслѣдованіи за третьимъ приступомъ получилось: рубцы на голенихъ, обѣ tibiae утолщены, память ослаблена, сознание неясно, настроеніе духа измѣнчивое, сильная головная боль, особенно въ лѣвой лобной и височной области, головокруженіе, легкій nystagmus, зрѣніе ослаблено, neuritis optica и staunghspapillae, слухъ справа ослабленъ, сильный шумъ въ ушахъ, лѣвый уголъ рта оттягивается кверху, языкъ слегка дрожитъ и отклоняется вправо, въ рѣчи анартія и парафазія, походка шаткая и нетвердая, сухожильные рефлексы повышены, сильная жажда, мочеиспусканіе учащено. количество мочи 10—12000 к. с., моча свѣтлая безъ бѣлка и сахара, частыя рвоты безъ тошноты. Ртутныя втиранія и іодистые препараты почти совершенно излечили больную.

Н. М. Васильевъ.

Dr М. М. Богдановъ, Случай сифилиса мозга, Протоколы физико-медицинскаго общества въ Москвѣ, 1890, 2.

Больной 20 л. обнаруживаетъ слабость и истощеніе. Жалуется на слабость, головокруженіе и временами познабливаніе, мучительную жажду и частые позывы къ мочеиспусканію. Подчелюстные, подбородочныя, подмышечныя и паховыя железы увеличены. Мочи выдѣляетъ 9000 к. с. безъ бѣлка и сахара. Rhinitis chronica, въ зѣвѣ старые рубцы. Ртутныя втиранія и іодистые препараты быстро излечили больного.

Н. М. Васильевъ.

Dr Вальтъ, Случай сифилиса мозга, Медицинское обозрѣніе, 1892, 1.

Больной происходитъ изъ здоровой семьи и первичное заболѣваніе сифилисомъ отрицаетъ. Онъ крестьянинъ, 42 л. Жалуется

на глубокую головную боль, особенно в лѣвой сторонѣ, онѣмѣніе вѣ правой половинѣ тѣла, особенную слабость вѣ правой рукѣ и свѣтобоязнь вѣ лѣвомъ глазу. Около семи лѣтъ назадъ имѣлъ сыпь на головѣ и боли вѣ ногахъ. При изслѣдованіи найдено: опущеніе праваго угла рта, лѣвая половина лица олутовата, лѣвый зрачекъ расширенъ. Вѣ лѣвой ноздрѣ на перегородкѣ небольшая язвочка. Вѣ рѣчи замѣтно затрудненіе произношенія и больной жалуется на нѣкоторую забывчивость; иногда бываетъ сильное головокруженіе до помраченія сознанія. Энергичное леченіе іодистыми препаратами и ртутными втираніями избавили больного отъ его болѣзни. Авторъ приводитъ случай какъ опроверженіе того положенія нѣкоторыхъ авторовъ, что вторичныя нервныя заболѣванія при сифилисѣ обуславливаются не самими сифилисомъ, а противосифилитическимъ ртутнымъ леченіемъ. *Н. М. Васильевъ.*

Др Годзяцкій, О преступленіяхъ у солдатъ вѣ связи съ болѣзненными состояніями ихъ организма.

Научныя изслѣдованія преступниковъ несомнѣнно доказали, что среди преступныхъ людей громадный процентъ составляютъ лица ненормальныя—съ явными признаками физическаго и психическаго вырожденія, которыя нуждаются вѣ попеченіи врачей, а не тюремщиковъ; но такія воззрѣнія однако съ трудомъ проникаютъ вѣ практическую жизнь. Вѣ виду этого, новыя изслѣдованія вѣ сферѣ преступности и популяризаціи ихъ вѣ обществѣ весьма желательны. Авторъ производилъ свои изслѣдованія надъ арестантскимъ отдѣленіемъ при Варшавскомъ мѣстномъ лазаретѣ, (всего изслѣдовано 200 арестантовъ) и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1. Почти половина (45,50%) всѣхъ преступленій среди солдатъ относится къ нарушенію правъ чужой собственности (кража, растрата). Вѣ значительномъ числѣ случаевъ объектомъ преступленія служатъ предметы мелочныя и обладающіе ничтожной цѣнностью.
2. Слѣдующее мѣсто по частотѣ (32,50%) занимаютъ преступленія, касающіяся уклоненія отъ военной службы (побѣги, неявка на призывъ).
3. Нарушеніе военной дисциплины (120/0) и неисполненіе обязанностей службы (6,50/0).
4. Другія преступленія встрѣчаются только вѣ видѣ одиночныхъ случаевъ.
5. Изъ моментовъ, вызывающихъ преступленіе, главное значеніе имѣетъ *алкоголизмъ*.
6. Немаловажное значеніе вѣ дѣлѣ преступности имѣютъ нервныя и душевныя болѣзни (особенно часто слабоуміе и психическое недоразвитіе).
7. Обиліе физическихъ признаковъ вырожденія (270/0) и нервныхъ патологическихъ явленій (180/0) у арестантовъ указываетъ на прирожденную недостаточность ихъ организаціи, или же на болѣзненные процессы, имѣвшіе мѣсто вѣ теченіи ихъ жизни.
8. На основаніи этихъ данныхъ необходимо допустить, что значительный процентъ военныхъ арестантовъ совершаютъ преступленія, вслѣдствіе непониманія значенія *производимыхъ поступковъ и неспособности оцѣнить ихъ послѣдствія, или же вѣ силу болѣзненныхъ побужденій, одолевшихся неодолимыми, вѣ зависимости отъ патологическаго состоянія организма*.
9. Многие изъ военныхъ арестантовъ при другихъ условіяхъ жизни, по всей вѣроятности, никогда не слѣлались бы преступниками.
10. Содержаніе подъ арестомъ, одиночное тюремное заключеніе и другіе болѣе тяжелыя виды военныхъ наказаній вредно отражаются на ду-

шевномъ состояніи арестантовъ. 11. Тѣже условія губительно дѣйствуютъ и на физическое здоровье арестантовъ. 12. Для предотвращения тяжкаго положенія иного принятаго на службу, необходимо разборчивѣе относиться къ приему на военную службу субъектовъ слабаго тѣлосложенія, а также недостаточно или порочно развитыхъ въ психическомъ отношеніи. 13. Глабыхъ и больныхъ арестантовъ слѣдовало бы вовсе освободить отъ наказаній, которыя могутъ имѣть гибельное вліяніе на ихъ здоровье.

Н. М. Васильевъ.

Prof. Sergi, Женская чувствительность—(Sensibilità femminile, L'Anomalo, ottobre 1891).

Въ своемъ письмѣ къ проф. Lombroso, авторъ, на основаніи личныхъ наблюденій, высказываетъ мнѣніе, что чувствительность органическая и эмоціонная находятся въ неразрывной связи,—первая можетъ даже служить показателемъ второй. Какъ та, такъ и другая чувствительность у женщины меньше, чѣмъ у мужчины. Происходитъ это отъ того, что морфологически и физиологически женщина не достигаетъ такого полного развитія, какъ мужчина. Женщина отаждается мужчинѣ только вслѣдствіе особенной настойчивости послѣдняго, и многія изъ нихъ вообще довольно индифферентно относятся къ супружескому сожитію. Нѣкоторыя дѣвушки, вышедши замужъ, долгое время совсѣмъ не испытываютъ никакого сладострастія. Разумѣется, все это относится только такъ сказать, къ средней здоровой женщинѣ, потому что уклоненія въ ту или другую сторону довольно не рѣдки. Признаютъ, что женщина имѣетъ большую стыдливость, чѣмъ мужчина. Но и это не справедливо. Мужчина рѣдко когда обнажаетъ себя въ присутствіи женщины, тогда какъ женщина нисколько не считаетъ предосудительнымъ быть голой въ присутствіи мужчины, который ею обладается. На балахъ и театрахъ мы видимъ почти полуобнаженныхъ женщинъ.

М. Н. Поповъ.

Prof. Zuccarelli, Психическое принужденіе (Coazioni Psichiche Le ossessioni nella sintomatologia della demenza senile. L'Anomalo, 1891, № 10).

Авторъ описываетъ случай старческаго слабоумія. Женщина 71 года за послѣдніе 5 лѣтъ стала высказывать рѣзкія ипохондрическія идеи, боясь совершенно ослѣпнуть, имѣя на лѣвомъ глазу катаракту. Вскорѣ къ этому присоединилось рѣзкое ослабленіе памяти и вмѣстѣ съ тѣмъ непреодолимое желаніе вспомнить забытое, которое доводило больную до чрезвычайной раздражительности и безпокойства. Сознаніе при этомъ было сохранено еще довольно сносно, но воспріятіе внѣшнихъ впечатлѣній и ассоціація представленій были значительно ослаблены. Авторъ причисляетъ этотъ случай къ начальному стадію старческаго слабоумія.

М. Н. Поповъ.

Dr Colella, Измѣненія периферическихъ нервовъ при общемъ прогрессивномъ параличѣ въ соотношеніи съ ихъ центральными гнѣздами (Le alterazioni dei nervi periferici nella paralisi generale progressiva in rapporto con i loro nuclei centrali di origine, Annali di Neurologia, Anno IX, Fasc. II, III. IV).

Чисто-патологическія измѣненія, встрѣчающіяся въ кожныхъ и мускульныхъ нервахъ, точно такъ же, какъ и въ большей части

стволовъ спинныхъ и головныхъ нервовъ, состоятъ въ паренхиматозномъ невритѣ, центрального происхожденія. Только немногіе нервные стволы представляютъ простую атрофію мозговыхъ фибръ.

Въ различныхъ нервныхъ спинныхъ пучкахъ, какъ двигательныхъ, такъ и смѣшанныхъ, не только трофическіе центры (*cornua anteriora medullae spinalis et ganglia intervertebralia*) не представляютъ никакихъ измѣненій, но даже передніе корешки и часть заднихъ представляютъ вполне физиологическій видъ. Интенсивность такихъ первичныхъ периферическихъ измѣненій въ нервахъ находится въ прямомъ соотношеніи съ удаленностью отъ центральной нервной системы, почему въ стволахъ, какъ спинныхъ, такъ и черепныхъ нервовъ она меньше выражена и въ степени, и въ распространенности, чѣмъ въ соответственныхъ чувствительныхъ и двигательныхъ нервныхъ окончаніяхъ. Подобнымъ измѣненіямъ подвергаются какъ кожныя вѣтви, такъ и нервныя интрамышечныя волокна. Но та и другая нервная система однако не заболѣваетъ въ равной степени у одного и того же субъекта, точно также въ различныхъ случаяхъ нѣтъ постоянного сходства въ измѣненіяхъ. Вѣроятно между пораженіями периферической нервной системы и тѣми, которыя параллельно происходятъ въ спинномъ мозгу, существуетъ извѣстная степень гомологичности, хотя можетъ быть и не причинная. Различнымъ этиологическимъ моментамъ [алкогольная интоксикація, сифилитическая] и различнымъ осложненіямъ болѣзненного процесса [*tuberculosis et str.*] должно приписать ту неравномерность распределенія пораженій въ нервной системѣ кожной и мышечной и то разнообразіе клиническихъ и анатомическихъ картинъ, которое можетъ представлять невритъ паралитиковъ. Довольно трудно опредѣлить, на сколько эти измѣненія периферическихъ нервовъ зависятъ въ одно и то же время и отъ осложненій, и распознать—какая сторона этихъ пораженій должна принадлежать тому или другому болѣзненному процессу, представляется иногда не возможнымъ. Существованіе простой и дегенеративной атрофіи въ периферической нервной системѣ, кажется, должно признать постояннымъ явленіемъ для прогрессивнаго паралича. Не извѣстенъ только способъ ихъ происхожденія въ случаяхъ неврита центрального происхожденія. Тѣмъ не менѣе, на основаніи гистопатологическихъ изслѣдованій, показывающихъ, что измѣненія въ конечныхъ вѣтвяхъ нервовъ чувствительныхъ и интрамышечныхъ выражены рѣзче, чѣмъ въ нервныхъ стволахъ, никакъ нельзя думать, что здѣсь идетъ дѣло о специальномъ процессѣ, аналогичномъ *neuritis ascend.* Въ этомъ пораженіи нервовъ кожи и мышцъ по всей вѣроятности нужно искать фізіо-патологическое объясненіе столь различныхъ нарушеній двигательной и чувствительной сферы и то разнообразіе клиническихъ картинъ, которое можетъ представлять *dementia paralytica*. Генетическая связь неоспорима между этими первичными измѣненіями периферической нервной системы и трофическими нарушеніями кожи и легкихъ [легочной части *p. vagi*], которыя часто бываютъ причиной смерти при прогрессивномъ параличѣ.

М. Н. Поповъ.

Dr. Cristiani, Ацетонурія, гликозурия и альбуминурия при діарреѣ отъ дегенераціи солнечнаго сплетенія (брюшной части симпатич-

ческаго нерва) у душевно больных (L'acetonuria, la glicosuria et'albuminuria negli alienati dimenti, Rivista sper. di fr. 1891, 4).

Авторъ производилъ анализъ мочи на ацетонъ, сахаръ и бѣлокъ 12 душевно-больныхъ, страдавшихъ діарреей, вслѣдствіе дегенераціи солнечнаго сплетенія, и сравнивалъ съ мочею 15 душевно-больныхъ, имѣвшихъ простой кишечный катаръ и 15 другихъ, не имѣвшихъ вовсе діарреи. У всѣхъ 12 больныхъ, страдавшихъ дегенераціей солнечнаго сплетенія, онъ находилъ въ мочѣ сахаръ или бѣлокъ, тогда какъ у другихъ ни бѣлка, ни сахара. Ни въ одной категоріи больныхъ онъ не нашелъ ацетона. У страдавшихъ дегенераціей солнечнаго сплетенія часто находились или одинъ только бѣлокъ или одинъ только сахаръ, иногда то и другое вмѣстѣ; но почти никогда или крайне рѣдко было появленіе бѣлка и сахара у больныхъ съ простымъ кишечнымъ катарромъ, что можетъ, по мнѣнію автора, служить хорошимъ діагностическимъ средствомъ при распознаваніи діарреи, зависящей отъ дегенераціи солнечнаго сплетенія.

М. Н. Поповъ.

Dr Francesco, Измѣненіе пульса головного мозга и предплечія подъ вліяніемъ сульфонала (Modificazioni del polso cervello e dell'avanbraccio dietro la somministrazione de solfonale, Annali di Neurologia, Anno IX, Fasc II, III, IV.)

На основаніи своихъ опытовъ, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: Сульфоналъ прекрасное гипнотическое средство. Въ дозахъ до 3 grm. онъ оказываетъ свое дѣйствіе на сердце и сосуды. Онъ усиливаетъ сердечную систолу и увеличиваетъ тонусъ сосудовъ. Это дѣйствіе на сосуды не постоянно: послѣ извѣстнаго времени наступаетъ стадія расширенія сосудовъ сначала церебральныхъ, а затѣмъ и периферическихъ съ прогрессивнымъ уменьшеніемъ эластичности. Измѣненіе сосудовъ находится въ прямой пропорціи съ количествомъ сульфонала, которое дается.

М. Н. Поповъ.

Dr. Gonzales e Verga, Матеріалы для изученія температуры у сумашедшихъ (Rivista sperimentale di freniatria, 1891, 4).

Какъ исключеніе у здоровыхъ и часто у душевно-больныхъ температура бываетъ различна на обоихъ половинахъ тѣла у одного и того-же субъекта. У субъектовъ здоровыхъ температура или одинакова въ обоихъ подмышечныхъ впадинахъ, или на правой сторонѣ превышаетъ, но никогда не больше, чѣмъ на 0,1°. Истеричные и эпилептики даютъ большой контингентъ съ преобладаніемъ повышенной температуры на лѣвой сторонѣ, сравнительно со всѣми другими душевно-больными, какъ въ числѣ, такъ и въ интенсивности: 50 0/0 первые и 40 0/0 вторые. За ними слѣдуютъ нравственно-помѣшанные, которые даютъ 33 0/0 съ повышеніемъ t° на лѣвой сторонѣ и наоборотъ. У алкоголиковъ и при pellagra температура измѣняется: то на правой сторонѣ выше, то на лѣвой и гораздо чаще, чѣмъ у первично помѣшанныхъ бываетъ одинаковой на обѣихъ сторонахъ. Возрастъ не оказываетъ ни какого вліянія на различіе температуры обѣихъ сторонъ тѣла.

М. Н. Поповъ.

Dr. Vizioli, Чрезмѣрное повышеніе и пониженіе температуры въ случаѣ истеріи (Ipertermia ed ipotermia in uno caso d'isterismo, Rivista sperimentale di freniatria, 1891, 4).

Больная 30 лѣтъ, нервная, страдала лихорадкой, которая имѣла всѣ признаки тифоидной. Около трехъ недѣль температура держалась 44⁰, иногда даже 45⁰, рѣдко наступало пониженіе температуры до 34,05. Отъ времени до времени появлялись приступы летаргіи, слѣдовавшіе за приступами ажитации и конвульсій. Въ противоположность колебаніямъ температуры, пульсъ и дыханіе были всегда нормальны. Не смотря на высокую температуру, удѣльный вѣсъ мочи былъ низокъ и почти не замѣчалось никакого исхуданія больной. Неукротимымъ рвотамъ сопутствовала анурія; внезапное излеченіе послѣдовало само собой. Температура всегда измѣнялась тщательно провѣреннымъ максимальнымъ термометромъ. Анализируя этотъ случай, авторъ приходитъ къ слѣдующему заключенію:

1. Чрезмѣрно высокая температура или истерическая лихорадка представляетъ одинъ изъ симптомовъ болѣзненнаго состоянія при истеріи. 2. Чрезмѣрно высокая температура не вліяетъ на матеріальныя измѣненія, что составляетъ парадоксальное явленіе, если разсматривать лихорадку, какъ ускоряющій факторъ матеріальныхъ измѣненій. 3. Такое сильное повышеніе температуры совместно съ жизнью только тогда, когда оно имѣетъ истерическое происхожденіе. 4. Изслѣдованіе мочи въ случаяхъ лихорадки, натура которой неизвѣстна, представляется предметомъ первой важности, такъ какъ она можетъ служить критеріемъ для діагноза.

М. Н. Поповъ.

Dr. Marro, Potassium cantharidatum при прогрессивномъ параличѣ и при другихъ душевныхъ заболѣваніяхъ (*Il cantaridato di potassa nella frenosi paralytica e in altre forme di alienazione mentale*, Rivista sperimentale di freniatria, 1891, 4.)

Авторъ сообщаетъ о результатахъ подкожнаго введенія Potassii cantharidati при душевныхъ болѣзняхъ. Эксперименты производились надъ семью паралитиками, находившимися въ Туринскомъ домѣ умалишенныхъ. Двое изъ нихъ, никогда не имѣвшие сифилиса, могли быть выписаны, какъ излечившіеся, послѣ двухъ-мѣсячнаго леченія. У двухъ другихъ послѣдовало частичное улучшеніе, у одного нѣсколько продолжительнѣе, чѣмъ у другого; у остальныхъ трехъ леченіе осталось безъ результата. Это средство примѣнялось и при другихъ формахъ душевныхъ заболѣваній: при меланхоліи, періодическомъ сумашествіи, систематизированномъ бредѣ и противъ эпилепсіи. Одинъ ступорозный меланхоликъ выздорѣвалъ; у другихъ, подвергавшихся эксперименту, результаты или сводились къ нулю, или же эффекты были только частичные. Сомнительно вліяніе этого средства на уменьшеніе числа и силы эпилептическихъ приступовъ; впрочемъ замѣчалось уменьшеніе силы и продолжительности періода ажитации у одного эпилептика. Точно также замѣчено благотворное дѣйствіе на одного субъекта, страдавшаго періодическимъ сумашествіемъ. У одного параноика ослабѣлъ бредъ преслѣдованія, но не галлюцинація. Dr. Marro въ тоже время оговаривается относительно полученныхъ результатовъ леченія, заявляя, что у меланхолика была такая форма, при которой возможно произвольное излеченіе, а у выздорѣвшихъ паралитиковъ можно ожидать рецидивовъ.

М. Н. Поповъ.

Dr Bruglia, О ядовитости урины у сумашедшихъ (*Sulla tossicità urinae negli alienati*, Rivista sperimentale di freniatria, 1891 4).

Пытаясь разъяснить предположение относительно заразительности некоторых поражений мыслительного органа, авторъ занялся изучениемъ ядовитости урины, ограничиваясь некоторыми формами мыслительной депрессии и возбужденія и нашелъ слѣдующее: 1. Урина меланхоликовъ гораздо ядовитѣе, чѣмъ моча нормальныхъ людей; при формахъ возбужденія она значительно менѣе ядовита. 2. Урина меланхоликовъ даетъ явленія общей депрессии, какъ напр. параличъ конечностей, аритмію пульса и дыханія, суженіе зрачка, убыль мочи и пониженіе температуры на 3—4 градуса; при формахъ возбужденія она даетъ мѣстные или диффузные спазмы, расширеніе зрачка и пониженіе температуры на одинъ градусъ или немного болѣе. Это различіе наблюдается также въ перемежныхъ фазахъ періодическихъ психозовъ. 3. Алкогольные экстракты даютъ тѣ же самые эффекты. 4. Убыль мочи, происходящая отъ введенія урины, должна быть приписана специальному токсину, который извлекается методомъ Brieger'a и производитъ въ сущности большую часть симптомовъ уремической интоксикаціи. 5. Специальные токсины, которые даютъ специфическую реакцію и выделяются въ кристаллахъ, получаютъ изъ мочи и при формахъ экзальтаціи. Они могутъ произвести токсическія явленія натуральной мочи. 6. Красящее вещество по всей вѣроятности чуждо подобнымъ эффектамъ.

М. Н. Поповъ.

Dr Carlini, О причинѣ особыхъ кожныхъ раненій, которыя наносятъ себѣ некоторые душевно-больные (*Sulla causa di una speciale lesione cutanea che si provocano alcuni alienati*, Rivista sperimentale di freniatria, 1891, 4).

Авторъ приводитъ три случая, гдѣ душевно-больные въ извѣстные періоды повреждали себѣ кожу преимущественно шеи и передней части груди. Чтобы узнать причину этихъ поврежденій, авторъ изслѣдовалъ электро-болевою чувствительность у всѣхъ трехъ субъектовъ и нашелъ слѣдующее: 1. Болевая анестезія не могла служить единственной причиной кожныхъ раненій, которыя наносятъ себѣ больные. 2. Причину такихъ поврежденій въ подобныхъ случаяхъ нельзя также приписать, такъ называемой, *algorfilia*. 3. Весьма вѣроятно, что они находятся въ прямомъ соотношеніи съ особыми психическими процессами, благоприятными для развитія автоматическихъ движеній, по причинѣ торпидности сознанія, которой временами подвергаются больные.

М. Н. Поповъ.

Prof. Ladame, Потомство пьяницъ (*La descendance des alcooliques*).

На основаніи личныхъ наблюденій и новѣйшихъ работъ по вопросу о пьянствѣ, авторъ дѣлаетъ довольно популярное медико-статистическое изложеніе о вліяніи пьянства родителей на ихъ потомство. Брошюра главнымъ образомъ предназначена для распространенія въ народѣ болѣе ясныхъ понятій о вредѣ пьянства не только хроническаго, но и остраго. Ребенокъ пьяницы испорченъ уже съ самаго зачатія. Стоять только обратить вниманіе на родословную идіотовъ и эпилептиковъ, и мы увидимъ, что громадное большинство ихъ произошло отъ пьяницъ-родителей. Этотъ

фактъ извѣстенъ былъ даже древнимъ. Если дѣти пьяницъ иногда и не представляютъ упадка физическаго развитія, то очень часто представляютъ рѣзкія нарушенія въ нравственной области. Они лѣнивы, обжорливы, жестоки, мстительны, вспыльчивы, порочны, наклонны къ преступленіямъ и, что хуже всего, въ послѣдствіи дѣлаются пьяницами еще болѣе горькими, чѣмъ ихъ родители. Авторъ особенно налегаетъ на то, что даже острое опьяненіе отца или матери, а особенно обоихъ вмѣстѣ, можетъ также губительно отразиться на погостѣ, какъ и хроническое пьянство. Пьянство матери еще хуже отражается на дѣтяхъ, чѣмъ отца, и статистически доказано, что лучше кормить ребенка молокомъ коровы, чѣмъ допустить его питаться грудью матери пьяницы. Въ заключеніе авторъ говоритъ, что наследственность не такъ уже фатальна, чтобы съ ней нельзя было бороться. На всѣхъ степеняхъ психической дегенераціи можно противопоставить мѣры, которыя могутъ если не совсѣмъ остановить, то по крайней мѣрѣ задержать проявленіе болѣзненныхъ эффектовъ. Нѣтъ сомнѣнія, что человѣкъ есть до извѣстной степени продуктъ среды, но въ тоже время надо помнить, что и онъ самъ, составляя эту среду, является въ ней дѣйствующимъ агентомъ. Каждый человѣкъ имѣетъ свою волю и можетъ ее направлять по своему произволу, только здоровымъ душой и тѣломъ людямъ легче выйти побѣдителями своихъ страстей, чѣмъ людямъ съ наследственнымъ предрасположеніемъ, каковыми являются дѣти пьяницъ, почему имъ и необходима особая поддержка со стороны общества. *М. Н. Поповъ.*

Dr Magnan, Дипсоманія (De la dipsomanie, Le mercredi medical, 1892, 2).

Дипсоманія принадлежитъ къ психозамъ вырожденія. Это доказывается 1. неукротимой насильственной потребностью спиртныхъ напитковъ, 2. появленіемъ тоски, если больной неудовлетворяетъ насильственной потребности, 3. неукротимымъ побужденіемъ къ удовлетворенію этого влеченія, 4. уничтоженіемъ воли въ моментъ исполненія и 5. чувствомъ облегченія при удовлетвореніи импульса, несмотря на послѣдующее раскаяніе и сожалѣніе. Дипсоманія извѣстна уже давно какъ самостоятельная форма; еще итальянецъ Salvatori отдѣлилъ ее отъ алкоголизма. Esquirolъ называетъ ее monomanie d'ivresse. Предшествующее состояніе дипсоманіи напоминаетъ слабую степень меланхоліи, — при этомъ являются: грустное настроеніе духа, потеря бодрости и энергіи, плохой сонъ, разбитость, отсутствіе аппетита, раздражительность, злость, пренебреженіе дѣлами, жажда алкоголя, которую больные иногда все стремятся затмить керосиномъ, чернилами и проч. Въ это время больной принимаетъ всѣ мѣры противодѣйствія приступу, — но въ концѣ концовъ все таки уступаетъ потребности. Первый моментъ опьяненія напоминаетъ подострую манию, при чемъ больные совершаютъ массу поступковъ безсознательныхъ, безсмысленныхъ и преступныхъ. Нерѣдко при этомъ проявляется стремленіе къ самоубійству; иногда является бредъ преслѣдованія, грѣховности и проч. Дипсомановъ слѣдуетъ устранивать въ особыя лечебницы и способствовать отрезвленію и поднятію нравственныхъ и физическихъ силъ. *К. Н. Ковалевская.*

Prof. Malret, Лечение эпилепсии борно-кислым натромъ (*Traitement de l'épilepsie par le borate de soude*, Progres Médical, 1891, 41).

Авторъ испытывалъ дѣйствіе борнокислаго натра при эпилепсiи на 31 больномъ. Лечение продолжалось нѣсколько мѣсяцевъ и въ большинствѣ случаевъ не менѣе 15-ти. При этомъ найдено было слѣдующее: Въ 5 случаяхъ эта соль оказалась неѣдѣйствительной, хотя дозы доходили до 10, 12 и даже 15 grm.; въ двухъ случаяхъ, при сравнительно малыхъ дозахъ, появлялись признаки интоксикаціи; въ двухъ другихъ борнокислый натръ оказался не примѣнимымъ, вслѣдствіе предварительнаго истощенія. У остальныхъ больныхъ лечение было болѣе или менѣе успѣшно: эпилептические припадки или совсѣмъ прекращались, или же становились сравнительно рѣже. Проводя параллель между борно-натріевой солью и бромистымъ калиемъ, авторъ говоритъ, что дѣйствіе ихъ на эпилепсію одинаково: оба они или совершенно излечиваютъ, или же уменьшаютъ число эпилептическихъ приступовъ, но въ однихъ случаяхъ оказывается болѣе дѣйствительнымъ бромистый калий, тогда какъ въ другихъ—борнонатріева соль. Преимущество послѣдней заключается въ томъ, что она не оказываетъ на организмъ вреднаго дѣйствія и никогда не увеличиваетъ числа эпилептическихъ приступовъ, какъ это въ иныхъ случаяхъ бываетъ съ бромистымъ калиемъ. На основаніи своихъ наблюденій, авторъ приходитъ къ тому убѣжденію, что борнокислый натръ дѣйствуетъ лучше при такъ называемой симптоматической эпилепсiи, зависящей отъ органическаго пораженія центральной нервной системы, тогда какъ бромистый калий—при нервной эпилепсiи—*epilepsia sine materia*.

М. Н. Поповъ.

Dr Lewin, Syphilis cerebri, Le mercredi medical, 1892, 1.

Авторъ сообщилъ слѣдующій случай заболѣванія церебральнымъ сифилисомъ. 19 лѣтъ комерсантъ въ январѣ 1891 г. заболѣлъ шанкромъ. Спустя нѣсколько недѣль имѣлъ roseola. Въ маѣ пораженіе горла, въ іюнѣ кровохарканье; въ октябрѣ того же года явились первые признаки церебральнаго сифилиса: жестокія головныя боли, головокруженіе, шумъ въ ушахъ и многократныя внезапныя паденія на землю. Изслѣдованіе ушей не дало никакихъ анатомическихкихъ измѣненій; офтальмоскопія обнаружила присутствіе питенъ въ лѣвой ретинѣ. Походка шаткая. Сочетаніе признаковъ походило на Меньеровскую болѣзнь и вызывало подозрѣніе въ пораженіи полукужныхъ каналовъ. Подкожныя впрыскиванія сублимата дали быстрое поправленіе больного. По автору, это первый случай, въ которомъ явно установлено было сифилитическое происхожденіе Меньеровской болѣзни; на этомъ основаніи онъ дѣлаетъ предположеніе о возможности сифилитическаго происхожденія Меньеровской болѣзни въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ получалось выздоровленіе отъ употребленія іодистаго калия. Рядомъ съ этимъ авторъ слѣлалъ сообщеніе о необыкновенно быстромъ развитіи церебральнаго сифилиса отъ начала зараженія. Больной 21 г., сынъ алкоголика, въ февралѣ 1891 г. имѣлъ шанкръ, а въ маѣ того же года уже обнаружилъ цефалалгію и головокруженіе. Вслѣдъ за симъ быстро развились расстройства зрѣнія, диплопія, ослабленіе памяти, невѣрная походка, частичныя расстройства рѣчи, въ видѣ хореической рѣчи. Сублиматныя впрыскиванія дали и здѣсь великолѣпные результаты.

Я. Я. Трутовскій.

Dr Bonnet, Отношеніе сифилиса и общаго паралича (*Rapports de la syphilis et de la paralisis générale*, 1891).

Авторъ наблюдалъ въ 81 случаѣ общаго паралича 54 раза несомнѣнный сифилисъ, 11 разъ вѣроятный сифилисъ, 6 разъ сомнительный и 10 разъ сифилисъ отсутствовалъ. Такимъ образомъ въ 66,60% сифилисъ при прогрессивномъ параличѣ является вѣрнымъ и 800%, если сюда добавить случаи вѣроятнаго сифилиса. Въ другихъ случаяхъ душевныхъ заболѣваній на 104 случая оказалось 10 вѣрнаго сифилиса, 4 вѣроятнаго и 3 сомнительнаго. На такомъ сопоставленіи авторъ строитъ тотъ выводъ, что случайность въ первомъ отношеніи едва ли можетъ имѣть мѣсто, а потому безспорно сифилисъ въ прогрессивномъ параличѣ играетъ важную и первенствующую роль. Отсюда, по автору, остается одинъ шагъ до признанія мнѣній Kjellberg'a, Kiernan и Mendel'я, которые принимаютъ за сифилисомъ исключительное вліяніе въ общемъ параличѣ,—но онъ этого шага не дѣлаетъ, оставляя и за другими причинами значеніе въ общемъ параличѣ. Авторъ присоединяется къ мнѣніямъ Christian, Ritti, Clarke, Meyer, Любимова, Mendel и Müller, что при этомъ происходитъ поврежденіе сосудовъ и за тѣмъ развитіе нейроліи. Противосифилитическое леченіе, примѣненное въ началѣ, приноситъ безспорную пользу; если же оно не приноситъ пользы, то только потому, что примѣняется слишкомъ поздно.

Я. Я. Трутовскій.

Dr Charbonneau, Историческій и критическій этюдъ объ общемъ сифилитическомъ псевдопараличѣ и отношеніи сифилиса къ общему параличу (*Etude historique et critique sur la pseudo-paralysie générale syphilitique, ou rapports de la syphilis avec la paralysie générale*, 1891).

Авторъ допускаетъ возможность существованія псевдо-паралича сифилитическаго одновременно съ случаями общаго паралича сифилитическаго происхожденія. Сифилисъ встрѣчается весьма часто у истинныхъ паралитиковъ, но къ нему обыкновенно присоединяется или патологическая наследственность, или эксцессы, или пьянство, или травма. Авторъ также указываетъ и на то обстоятельство что, при истинномъ прогрессивномъ параличѣ сифилисъ встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ при другихъ душевныхъ болѣзняхъ. Ложный сифилитическій параличъ отличается отъ истиннаго неправильнымъ ходомъ и развитіемъ болѣзни и отсутствіемъ бреда величія. Исходъ болѣзни столь же нехорошій, какъ и при общемъ параличѣ. Специфическое леченіе при псевдо-параличѣ приноситъ пользу только въ томъ случаѣ, если оно рано примѣняется.

Я. Я. Трутовскій.

Dr Gelle, Ушныя разстройства при нейрозахъ [*Clinique otologique annexe, Le progrès Médical*, 1891, № 38, 40, 41].

Ушная клиника, основанная проф. Chacot, какъ прибавленіе къ клиникѣ нервныхъ болѣзней, существуетъ всего только одинъ годъ. Авторъ дѣлаетъ медико-статистическій отчетъ относительно частоты и рода заболѣваній органа слуха при различныхъ нервныхъ страданіяхъ, при чемъ оказалось, что поврежденія слухового органа весьма часто сочетаются съ разнообразными нервными страданіями. Эти осложненія могутъ быть или органическаго или чисто нервнаго

происхождения—*sine materia*. Въ послѣднемъ случаѣ они зависятъ отъ поражений или самого сенсоріальнаго центра, или п. *acustici* или же отъ другихъ измѣненій, напр. анестезіи, гиперестезіи и проч., и выражаются самыми разнообразными признаками: ушной болью, головокруженіемъ, глухотою, шумомъ и звономъ въ ушахъ и проч., въ зависимости отъ рода пораженія. Подобныя страданія найчаще встрѣчаются при истеріи и, по мнѣнію автора, зависятъ отъ пораженія сенсоріальнаго центра, такъ какъ существованіе бинаурикулярныхъ рефлексовъ исключаетъ возможность предположенія о заболѣваніи лабиринта, при анестезіи же сенсоріальныхъ центровъ возможность рефлекторныхъ актовъ сохраняется вполнѣ. Кромѣ того при пораженіяхъ барабанной полости и лабиринта наблюдается кромѣ ослабленія слуха еще шумъ въ ушахъ, головокруженіе и проч., тогда какъ при анестезіи слухового центра на первый планъ выступаетъ глухота. Если существуетъ гиперестезія, то тогда могутъ. кромѣ не рѣзко выраженной глухоты, появляться боли, шумъ въ ушахъ и т. д. Наичаще при истеріи наблюдается чувствительный параличъ центрального происхожденія, который выражается односторонней или полной глухотой. Эта глухота можетъ наступить внезапно, или же развиваться постепенно. Съ особенною легкостью появляются нервныя страданія уха при наступленіи какихъ-либо острыхъ или хроническихъ разстройствъ въ полости носа или глотки. При нейрастеніи, подъ вліяніемъ ушныхъ страданій, можетъ развиваться ипохондрія, въ свою очередь ушныя страданія могутъ вызвать нейрастенію и съ излѣченіемъ уха исчезаютъ симптомы нейрастеніи. Личныя нейралгіи чаще являются лишь симптомами воспалительныхъ процессовъ уха, по преимуществу сифилитическаго происхожденія, но въ другихъ случаяхъ приступны ушной боли могутъ сочетаться съ нейралгіей при совершенно здоровомъ ухѣ. При параличахъ личнаго нерва также наблюдаются сочетанія ушныхъ страданій, но между собою они не имѣютъ строгого соотвѣтствія: иногда появляется раньше параличъ, въ другихъ случаяхъ страданіе уха,—точно также не совпадаетъ и ихъ излеченіе. Головокруженія *ab aiga laesa* довольно часты и, по мнѣнію автора, зависятъ отъ пораженія круглаго и овальнаго отверстій. Иногда головокруженіе сопровождается болями въ ушахъ, иногда только неприятнымъ ощущеніемъ. Болѣзненная гиперестезія слуха можетъ существовать сама по себѣ, но чаще она сочетается съ другими нервными страданіями. Ушное головокруженіе нерѣдко сопровождается паденіемъ на землю, при чемъ сознаніе не теряется. При пораженіяхъ уха иногда бывають, такъ называемыя, постоянныя головокруженія, отличающіяся отъ Меньеровской болѣзни тѣмъ, что не имѣютъ свѣтлыхъ промежутковъ; эти свѣтлые промежутки выполняются оглушеніемъ, шумомъ въ ушахъ и пр. Каждое малѣйшее движеніе головы напр. ѣда, можетъ уже вызвать головокруженіе. *Tabes, chorea, epilepsia* также могутъ сопровождаться различными страданіями уха, органическими, или функціональными. Авторъ наблюдалъ 550 случаевъ за истекшій годъ и наиболее интересные приводитъ въ своей статьѣ.

М. Н. Поповъ.

Dr. Blocq et Onanoff, *Seméiologie* головокруженія (*Semeiologie des vertiges*, Le mercredi medical, 1891).

Подъ именемъ головокруженій различаютъ 3 патологическихъ различныхъ состоянія: 1) апоплектическое головокруженіе, 2) эпилептическое головокруженіе и 3) головокруженіе въ собственномъ смыслѣ. Авторъ въ своей статьѣ касается этого послѣдняго состоянія. Головокруженіе опредѣляется прежде всего ощущеніемъ потери равновѣсія: больнымъ кажется, что или вертятся они сами, или окружающіе предметы, и они падаютъ или впередъ, или назадъ, или на бокъ. Это состояніе можетъ быть какъ въ стоячемъ, такъ и въ лежачемъ положеніи. При этомъ появляется чувство тоски различной интенсивности. Часто больные падаютъ, но сознаніе не теряется. При этомъ наблюдаются расстройства органовъ чувствъ, блески въ глазахъ, затуманеніе зрѣнія, шумъ и жужжаніе въ ушахъ. Головокруженіе кромѣ того сопровождается гусиной кожей, холодными потами, тошнотою и рвотою. Когда это состояніе существуетъ постоянно, а не въ видѣ приступовъ, то можно наблюдать и особенную походку, весьма схожую съ походкою пьяныхъ: больные качаются и описываютъ зигзаги. Авторъ различаетъ 2 формы головокруженій: 1) острое или случайное и 2) хроническое или привычное. Причины ихъ авторъ группируетъ въ 4 категоріи: 1) физиологическое головокруженіе, 2) нервное, 3) симптоматическое и 4) токсическое. Первый родъ можетъ быть вызванъ извѣстными движеніями и для своего развитія требуетъ извѣстной нервной почвы. Сюда относится головокруженіе отъ вращенія, при смотрѣніи внизъ съ большой высоты, при созерцаніи движущагося тѣла, а также морская болѣзнь. Нервные головокруженія дѣлятся на собственно нервныя или нейропатическія и симптоматическія, происходящія при раненіи центровъ или органовъ чувствъ. Первые бываютъ при истеріи, нейрастеніи и базедовой болѣзни. Вторыя сопровождаютъ приливы и анемію мозга, травму его, солнечный ударъ, общій параличъ и опухоли мозга. Изъ заболѣваній спиннаго мозга сопровождаются головокруженіемъ *scierose en plaques* и двигательная атаксія. Расстройства аппарата слуха и зрѣнія также сопровождаются головокруженіями. *Vertigo ab aure laesa* или болѣзнь Меньера наичаще наблюдается и обуславливается большинствомъ заболѣваній уха. Извѣстныя двигательныя расстройства глаза, страбизмъ, диплопія, нистагмъ также могутъ сопровождаться головокруженіемъ. Третья категорія, симптоматологическія головокруженія сопровождаются страданіями различныхъ органовъ. Въ этомъ отношеніи бываютъ гастрическое головокруженіе или *vertigo estomacho laeso*, головокруженіе носоглоточнаго происхожденія, — артериосклерозъ, міокардитъ, недостаточность митральнаго или аортныхъ клапановъ также часто обуславливаютъ тоже самое состояніе. Наконецъ, 4-я категорія, токсическія головокруженія. Здѣсь они обязаны своимъ происхожденіемъ діатезамъ, инфекціямъ и интоксикаціямъ. Сюда будутъ относиться суставной ревматизмъ, подагра, діабетъ, хлорозъ, тифъ, болотная лихорадка, гриппъ, скарлатина, сифилисъ, *meningitis cerebro-spinalis*, а также хининное, никотинное, алкогольное и свинцовое отравленія. Каковы бы ни были причины головокруженія, суть дѣла сводится на расстройство аппарата равновѣсія. Этотъ послѣдній состоитъ изъ периферическихъ органовъ, *canales semicirculares* и центра мозжечка; кромѣ

того къ нему относятся стволъ слухового нерва и бульбарныя ядра этого нерва съ одной стороны, *redunculi cerebelli* и ихъ медуллярныя и церебральныя окончанія съ другой стороны.

Я. Я. Трутовскій.

Dr P. Richet, Судорожный діатезъ (*Diathèse de contracture*, *Nouvelle iconographie*, 1891).

Въ этой статьѣ авторъ описываетъ состояніе судорожнаго діатеза на истерической почвѣ. Главнѣйшими отличительными чертами этого діатеза являются: во 1-хъ, повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ—признакъ, наиболѣе частый и постоянный, во 2-хъ, эпилептоидное дрожаніе ногъ (*phenomène du pied*)—признакъ, рѣдко бывающій при истеріи; въ 3-хъ, особенности дѣйствія электрическаго тока, касающіяся, какъ самаго характера дѣйствія, такъ и результата его т. е. мышечнаго сокращенія; перваго рода измѣненія сводятся къ тому, что при быстромъ прерываніи тока тетанизируются не только тѣ мышцы, которыя раздражаются электрическимъ токомъ, но и сосѣднія, такъ напр. при раздраженіи сгибателей пальцевъ, сгибаются и кисть и предплечье. Если же прерываніи тока медленны (три въ секунду), то сначала появляются ясно различаемыя отдѣльныя мышечныя сокращенія, а затѣмъ эти послѣднія слѣдуютъ все чаще и чаще другъ за другомъ, пока не получится *tetanus*. Второго рода измѣненія, касающіяся мышечнаго сокращенія, сводятся во первыхъ къ удлинненію нисходящей части мышечной кривой, во вторыхъ, къ появленію постоянного сокращенія, которое наступаетъ или послѣ одного удара фарадическаго тока, или послѣ нѣсколькихъ, причемъ въ этомъ послѣднемъ случаѣ, каждый новый ударъ усиливаетъ степень самаго сокращенія. Слѣдующимъ 4-мъ признакомъ судорожнаго діатеза являются такъ называемыя «вызванныя контрактуры». Слѣдующіе приемы ихъ вызываютъ: глубокой мышечный массажъ, ударъ по сухожилиямъ, вытяженіе членовъ и ихъ грубое сгибаніе, сотрясеніе нервовъ, прикладываніе вибрирующаго коммертонна, фарадизація мускуловъ и нервовъ, намагничиваніе, поверхностное раздраженіе кожи и внушеніе. Происходящія при этомъ нерво-мышечныя явленія аналогичны тѣмъ, которыя наблюдаются при гипнозѣ, причемъ явленія, происходящія вслѣдствіе глубокихъ раздраженій, похожи на бывающія при летаргіи, а происходящія вслѣдствіе кожныхъ раздраженій—на явленія при сомнамбулизмѣ. Благодаря такой разницѣ Шарко и Рише первыя называютъ летаргической разновидностью судорожнаго діатеза, а вторыя—сомнамбулической, первая бываетъ гораздо чаще. Контрактуры, полученныя какимъ-бы то ни было изъ обозначенныхъ приемовъ, отличаются всѣми признаками истерической контрактуры и находятся въ полной зависимости отъ степени развитія судорожнаго діатеза. Въ легкихъ случаяхъ можно вызвать только ригидное состояніе мышцъ, допускающее однако нѣкоторыя движенія, какъ это бываетъ въ каталептоидномъ состояніи или ложной катаlepsii; при сильномъ же развитіи судорожнаго діатеза контрактуры бываютъ упорны и очень интенсивны. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ возникаетъ такъ называемое «парадоксальное сокращеніе Westphal'я», состоящее въ томъ, что механическое раздраженіе

одной группы мышц вызывает очень сильное сокращение группы антагонистов. Эти контрактуры способны, как и вызванные в состоянии гипноза, передаваться, при помощи магнита, съ одной руки. напр., на другую въ той же самой мышечной области. Контрактура, вызванная однимъ изъ вышеуказанныхъ процессовъ, очень трудно поддается влиянію другихъ приемовъ съ цѣлью ея уничтоженія. Устранить ее легче всего, употребивши тотъ же приемъ, который ее вызвалъ, но только примѣнить его надо къ противоположной сторонѣ тѣла. Такъ, контрактура, вызванная глубокимъ мышечнымъ массажемъ, устраняется легче всего глубокимъ же массажемъ антагонистовъ. Гипнотическое состояніе представляетъ въ двухъ своихъ стадіяхъ, летаргическомъ и сомнамбулическомъ, много примѣровъ специфичности приемовъ, служащихъ для устранения «вызванныхъ контрактуръ». Судорожный діатезъ встрѣчается почти во всѣхъ случаяхъ истеріи. По Verbez, изъ 70 случаевъ онъ проявился въ 52, у 27 мужчинъ и 33 женщинъ. Судорожный діатезъ можетъ быть общій и частичный; первый касается всѣхъ мышцъ тѣла, второй охватываетъ какую-нибудь отдѣльную группу. Часто онъ сопровождается анестезіей пораженной стороны, хотя можетъ существовать и безъ нея. Судорожный діатезъ тѣсно связывается съ амиостеніей, при чемъ эта послѣдняя иногда доходитъ даже до паралича. Судорожный діатезъ рѣдко, даже если онъ общій, охватываетъ равномерно все тѣло; обыкновенно какая-нибудь сторона преобладаетъ. Въ своемъ теченіи онъ также не представляется одинаковымъ, а колеблется въ интенсивности. Рецидивы судорожнаго діатеза послѣ исцѣленія бывають часто, хотя наблюдается и окончательное излеченіе. Судорожный діатезъ развивается часто безъ видимой причины, но иногда локализованной контрактуры въ какомъ-нибудь членѣ достаточно бываетъ, чтобы судорожность проявилась и въ другихъ членахъ.

Я. Я. Трутовскій.

Prof. Debove, О наследственной дрожи (*Du tremblement héréditaire*, *Gaz. des Hôp.* 1891.

Debove описываетъ два семейства, въ которыхъ наблюдалась наследственная дрожь. Въ первомъ ее можно было прослѣдить черезъ 5 поколѣній, при чемъ большая часть сочленовъ поражалась уже въ ранней юности дрожью одинаковаго характера. Авторъ приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: наследственная дрожь наблюдается какъ по мужской, такъ и въ женской линіи; начинаясь въ дѣтствѣ, она съ годами усиливается. Дрожь бываетъ быстрая (8—9 колебаній въ секунду) и прекращается при полномъ покоѣ. Вытянутая рука дрожитъ, но при произвольныхъ движеніяхъ дрожь не усиливается. Она можетъ поражать конечности, вѣки, губы и языкъ, но сильнѣе всего выражена въ рукахъ, пальцы самостоятельно не дрожатъ. Авторъ присовокупляетъ, что дальнѣйшія наблюденія могутъ дополнить или видоизмѣнить это описаніе.

П. П. Платовъ.

Dr Auché, Истерическая аритмическая хорея (*De la chorée hysterique arythmique*, *Le Progr. medical.*, 1891, 49).

Истерія проявляется столь разнообразно, что едва ли есть какая-нибудь нервная болѣзнь или нервное болѣзненное проявленіе, которое не симулировалось бы истеріей. Еще недавно было указано

на то, что истерія можетъ проявляться въ видѣ хорей Сиденгама, и вотъ нынѣ уже существуютъ подобныя сообщенія Debove'a, Mercien'a, Chantemesse, Joffroy, Seglas, Roque и Perret. Авторъ приводитъ три подобныхъ случая у истеричныхъ дѣвушекъ. Всѣ эти три случая представляются не чистою Сиденгамовскою хореей, а осложненными истерическими явленіями. Авторъ полагаетъ, что соотношеніе хорей къ истеріи можетъ быть двойное: истерія можетъ вполнѣ симулировать хорей и истерія можетъ существовать одновременно съ хореей. *Я. Я. Трутовскій.*

Dr Guinon, Матеріалы къ исторіи сомнабулизма (Documents pour servir à l'histoire des somnabulismes, Le Progrès Medical. 1891, № 20, 21, 23, 25, 29 et 34).

Приступы большой истеріи, какъ извѣстно, раздѣляются на 4 періода: 1. періодъ эпилептоидный, 2. періодъ большихъ движеній, 3. періодъ страстныхъ позъ и 4. конечный періодъ. Но такое строгое раздѣленіе не всегда возможно; иногда не достаетъ той или другой фазы, иногда же одна фаза удлиняется на столько, что остальные отходятъ на задній планъ. Авторъ приводитъ нѣсколько случаевъ удлиненія періода страстныхъ позъ, который временами принималъ бурный характеръ, носилъ или эротическій оттѣнокъ или сопровождался замѣчательнымъ самоизмѣненіемъ личности и превращеніемъ въ животное—то, что авторъ называетъ *zôanthropie*. Въ одномъ изъ приведенныхъ имъ случаевъ больная шестнадцатилѣтняя дѣвушка изображала изъ себя кошку, при чемъ не только подражала всѣмъ ея движеніямъ, но даже фырканью и мяуканью. Далѣе авторъ заявляетъ, что приступы истерического сомнабулизма обыкновенно появляются самостоятельно, но могутъ быть вызваны тѣмъ или другимъ способомъ. Такъ, ихъ можно вызвать наваливаніемъ на истерогенныя точки. Достаточно самого непродолжительнаго фиксирования глазъ больного, чтобы вызвать приступъ сомнабулизма. Вообще эти приступы всегда довольно легко вызвать, употребляя для этого различные методы гипнотизаціи, при чемъ характеръ ихъ по большинству оставался неизмѣннымъ и не представлялъ никакой разницы съ произвольными приступами. Зоопсія, составляетъ отличительный признакъ для истерического приступа. Другой отличительной чертой истерического сомнабулизма служитъ извѣстная спутанность зрительныхъ галлюцинацій. Однако для каждаго отдѣльнаго чловѣка этотъ бредъ составляетъ довольно определенное постоянное: фонъ его остается неизмѣннымъ, не смотря на различную продолжительность приступа. Теченіе галлюцинацій и ихъ характеръ можно измѣнить иногда по произволу, вліяя раздражающимъ способомъ на внѣшніе органы чувствъ, какъ напр., поднося пахучія вещества къ носу, или прикасаясь къ тѣлу теплой или холодной водой. Такое измѣненіе можно было замѣтить не только у лицъ, говорящихъ во время приступа, но и у тѣхъ, у которыхъ галлюцинаціи высказываются одними только жестами. Красное стекло, поднесенное къ глазамъ, всегда вызывало картины съ кровавымъ содержаніемъ, желтое—ощущеніе солнечнаго свѣта, голубое—небо или море. Уколы на щеки производили ощущение укуса животныхъ, на груди—жала змѣи, на животѣ—операции. Подобныя измѣненія получались отъ вкусо-

выхъ, слуховыхъ обонятельныхъ ощущеній. У большинства больныхъ измѣненіе галлюцинаторныхъ картинъ происходило только при такъ сказать простыхъ раздраженіяхъ, какъ свѣтоты, вкусовые и проч. Если же больному показывались какіе-нибудь предметы напр. ключъ, часы и проч., то это не оказывало на него никакого дѣйствія: онъ какъ-бы не видѣлъ ихъ. При раздраженіи анестезированныхъ мѣстъ не получается никакихъ галлюцинаторныхъ впечатлѣній. У нѣкоторыхъ больныхъ впрочемъ удавалось вызывать галлюцинаторныя картины посредствомъ громко произнесенныхъ словъ. Содержаніе и разнообразіе бреда зависитъ часто отъ личныхъ условій: в спитанія, образа жизни, соціального положенія и проч., и хотя можно вызвать нѣкоторыя галлюцинаціи по произволу, однако они всегда отступаютъ на задній планъ и развитіе ихъ находится въ прямой зависимости отъ степени сосредоточенности больного.

М. Н. Поповъ.

Dr Sollier, Истерическая анорексія (Anorecsie hysterique, *Revue de Méd.*, 1891).

Анорексія означаетъ только отсутствіе аппетита, сущность же истерической анорексіи состоитъ въ отказѣ отъ пищи, такъ что подобное названіе представляется неудачнымъ и авторъ предлагаетъ назвать ее ситіергіей. Авторъ различаетъ первичную и вторичную анорексію. При первой отказъ отъ пищи является или единственнымъ, или главнымъ симптомомъ, при второй же является на ряду съ другими истерическими признаками. Анорексія часто наблюдается у молодыхъ дѣвушекъ. Случайными причинами ея могутъ быть во 1) различныя дурачества, желаніе показаться интересной, скука, склонность къ противорѣчію и т. д. 2) недостатокъ чувства голода, 3) препятствія при принятіи пищи, жевательная судорога, боли въ желудкѣ, рвота и 4) обманы чувствъ, въ особенности макропсія, когда предлагаемая пища представляется въ чрезвычайно громадномъ количествѣ. Авторъ описываетъ четыре исторіи болѣзни.

П. П. Платовъ.

Dr Sollier, Базедова болѣзнь и микседема, *Revue de medecine*, 1891.

Авторъ описываетъ два случая Базедовой болѣзни, въ которыхъ періодически и на непродолжительный срокъ появлялась микседема. Исходъ былъ вполнѣ благопріятный.

Я. Я. Т.

Dr Féré, Одностороннія мускульныя уклоненія у эпилептика (Sur une anomalie musculaire unilaterale chez un epileptique, *Nouvelle iconographie de la Salpetriere*, 1891, 6).

Различныя уклоненія въ отдѣльных частяхъ тѣла у дегенеративнаго явленіе общеизвѣстное. Тоже можно сказать и объ эпилептикахъ. Но объ уклоненіяхъ въ развитіи мускуловъ у эпилептиковъ до сихъ поръ не было упоминаемо. Авторъ описываетъ случаи эпилепсіи, гдѣ у одного больного *musc. pectoralis major dext.* былъ развитъ несравненно менѣе, чѣмъ таковой же лѣвой стороны. При вскрытіи лѣвое полушаріе представляло болѣе уклоненій, чѣмъ правое. Принимая во вниманіе слишкомъ раннѣе происхожденіе мускульнаго уклоненія, авторъ полагаетъ, что оно произошло еще въ очень раннемъ періодѣ развитія организма.

Я. Я. Трутовскій.

Dr Toulouse, Сенильная меланхолия у женщинъ (*Etude clinique sur la mélancolie senile chez la femme*).

Выводы автора основываются всего только на четырехъ наблюденияхъ, при чемъ авторъ полагаетъ, что у старыхъ женщинъ развивается форма меланхолии, которая можетъ составить особенную форму старческой меланхолии, которая, собственно говоря, имѣетъ тѣсное соотношеніе не съ возрастомъ, а съ старостью, какъ преждевременную, такъ и запоздалую. При этой формѣ наблюдается: умственная и физическая слабость, ясно выраженный монотонный бредъ, преимущественно ипохондрическаго содержания,—галлюцинаціи рѣдки и слабо проявляются, апатія, ослабленная подвижность и беспорядочные поступки. Болѣзни обыкновенно переходятъ въ слабоуміе,—хотя бываютъ случаи и безъ этого исхода.

Я. Я. Трутовскій.

Dr Guillemin, Ремиссія въ общемъ параличѣ (*Remission dans la paralysie générale, Annal. medico-psychologiq., 1891, 6*).

Прогрессивный параличъ въ основѣ своей имѣетъ разлитое воспаленіе мозга, особенно корковой его области, и усиленный приливъ крови въ этой области. Но, въ такомъ случаѣ, чѣмъ же можно объяснить наступающій при немъ ремиссія? Voisin полагаетъ, что при этомъ происходитъ отливъ отъ мозга излишней крови съ остающимися ограниченными воспалительными очагами, при чемъ здоровыя части работаютъ вмѣсто больныхъ. Авторъ приводитъ случай вполне этому положенію противорѣчащій. Больной заболѣлъ въ январѣ, болѣзнь была выражена въ полномъ развитіи и длилась до сентября. Съ сентября и по 4 мая наступаетъ полный свѣтлый промежутокъ: бредъ грандіозности, дрожь, возбужденіе, умственная слабость исчезаютъ,—больной пишетъ вполне правильно и ровно. Такъ дѣло длится до 4 мая. 5 мая апоплектоидный приступъ и больной умираетъ. Вскрытіе дало картину полнѣйшаго развитія общаго паралича въ видѣ разлитого слипчиваго воспаления съ сильнымъ приливомъ крови.

К. Н. Ковалевская.

Dr Klippel, Пораженія печени при общемъ параличѣ (*Lesions du foie dans la paralysie générale, Gazette hebdomadaire, 1892, 2*).

Авторъ отмѣчаетъ частоту пораженія печени при общемъ параличѣ, именно на 14 вскрытій въ его практикѣ пораженная печень найдена 9 разъ. Патологическія измѣненія при этомъ бываютъ весьма разнообразны: мускатная печень, красная атрофія, различные пятна, жировое перерожденіе, склерозъ и особенныя характерныя для общаго паралича вазопаралитическія измѣненія. По автору, эти измѣненія при общемъ параличѣ являются первичными, за которыми уже слѣдуютъ другія, болѣе серьезныя, измѣненія. При этомъ измѣненіи въ формѣ и величинѣ печени особенныхъ не замѣчается. На поверхности печени, подъ капсулою, усматриваются пятна красныя, темныя и мускатныя. Такія же пятна наблюдаются и въ паренхимѣ печени. Ни расширенія большихъ венъ, ни волянки не бываетъ. При гистологическомъ изслѣдованіи оказываются: рѣзкое расширеніе капилляровъ, маленькія гнѣзда крововизліяній и послѣдовательныя эктазіи. Дальнѣйшія измѣненія подобны тѣмъ, которыя встрѣчаются при инфекціозныхъ заболѣваніяхъ. Въ основѣ этихъ вазо-паралитическихъ измѣненій авторъ

полагаетъ пораженія симпатической системы, которыя даютъ при общемъ параличѣ основу измѣненій и въ другихъ органахъ.

Я. Я. Трутовскій.

Dr Dagonet, Умственное разстройство у психическихъ дегенератовъ (*L'alienation mentale chez les dégénérés psychiques*, *Annal. medico-psycholog.*, 1891, 4—6).

Дегенераты, подобно другимъ людямъ, склонны къ заболѣванію всевозможными душевными болѣзнями; но прежде чѣмъ болѣзнь разовьется, они нерѣдко уже носятъ въ себѣ признаки психическаго вырожденія. Такимъ характернымъ признакомъ психическаго вырожденія служитъ прежде всего *нравственная тупость* и невозможность привить имъ нравственныя начала путемъ воспитанія. Прежде развитія форменнаго психоза, такія лица весьма часто проявляютъ насильственныя представленія, патологическія, мономаніи, импульсивныя явленія, раздражительность и проч. Если даже у дегенератовъ развивается настоящая душевная болѣзнь, то она носитъ на себѣ особенности, свойственныя психическому вырожденію, это именно: сохраненіе сознанія, дисгармонію между нравственностью и бредомъ, неопредѣленность душевной формы заболѣванія, склонность къ выздоровленію и склонность къ возвратамъ.

К. Н. Ковалевская

Dr Bourneville et Sollier, Тупоуміе и половыя побужденія, (*Imbecillité et instabilité mentale; impulsions génitales*, *Le Progrès Médical*, 1891, № 37).

Авторы описываютъ случаи психическаго недоразвитія съ рѣзко выраженнымъ извращеніемъ нравственнаго чувства въ смыслѣ усиленныхъ половыхъ побужденій. Больная—шестнадцати-лѣтняя дѣвочка—родилась отъ отца, преданнаго постоянному пьянству. Дѣдъ ея со стороны отца былъ также пьяница. Мать—мало развитая особа и страдаетъ мигренью. Между другими родственниками ея встрѣчаются идиоты, развратники, пьяницы и проч. Зачатіе больной произошло во время опьяненія. Сама больная въ дѣтствѣ отличалась плохими способностями, была капризна и драчлива. Съ 12-ти лѣтъ она начала имѣть сношенія съ мужчинами, которымъ отдавалась при всякомъ удобномъ и неудобномъ случаѣ. Физическое развитіе ея, а также строеніе половыхъ органовъ особыхъ уклоненій никакихъ не представляетъ. Авторъ думаетъ, что главными моментами въ недоразвитіи интеллекта у этой больной было хроническое пьянство отца, зачатіе въ пьяномъ видѣ, а также насильственность вообще. Онъ предполагаетъ, что слабоуміе подобныхъ субъектовъ было бы значительно меньше, если бы о нихъ заботились съ раннихъ лѣтъ.

М. Н. Поповъ.

Prof. Möbius, Базедова болѣзнь (*Ueber die Basedow'sche Krankheit*, *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1891, 5—6).

Симптомы Базедовой болѣзни со стороны глазъ: экзофтальмъ, признакъ Stelwag'a—увеличеніе глазной щели и рѣдкое миганье, зависящія отъ усиленія мускульнаго тонуса,—признакъ Грефе—запаздываніе и толчкообразное опусканіе вѣка при одновременномъ опусканіи глаза,—недостаточность конвергенціи (Möbius),—параличи глазныхъ мускуловъ,—треморъ глазного вѣка,—нистагмъ.—Въ сердцѣ наблюдаются: сердцебиеніе, пульсація артерій, цѣлый

рядъ тягостныхъ ощущеній въ области сердца, ускореніе дѣятельности сердца; пульсъ малый и мягкій, почти всегда правильный,—сердечный шумъ, преимущественно у верхушки (Möbius), или же въ основаніи (Gowers); сфигмографія дала тахикардическій пульсъ, кровяное давленіе обычное,—къ концу болѣзни наблюдается ослабленіе сердечной дѣятельности,—иногда аритмія, *angina pectoris*, страхи и обмороки, сильная пульсація артерій, особенно *carotis*.—*Struma* явленіе весьма обычное. Въ послѣднее время особенно часто наблюдаются случаи Базедовой болѣзни у тѣхъ лицъ, у которыхъ за очень долгое время существовалъ одинъ зубъ.—Со стороны кожи наблюдали: уменьшонную сопротивляемость электрическому току, *urticaria*, *vitiliginos*, бронзовое окрашиваніе кожи, темныя пятна по тѣлу, красныя пятна, усиленную потливость, выпаденіе волосъ и мѣстную эдему. Дыханіе ускоренное, частый сухой кашель; со стороны кишечника и желудка—нервные поносы, неудержимая рвота, крайній голодъ, желтуха и атонія кишечника. Со стороны половыхъ органовъ—амеоррея. Термофобія и иногда гипертермія и лихорадка; анемія, исхуданіе и потеря вѣса. Нервные явленія: дрожь, параличі, судорги, мускульная атрофія и душевные расстройства,—Kahler указываетъ кромѣ того на хорейческія подергиванія. Осложненіями являются эпилепсія и эпилептиформенные приступы. Бывали случаи, когда эпилепсія въ послѣдствіи переходила въ Базедову болѣзнь. Особенно частыми осложненіями бываетъ истерія, при чемъ можно думать, что послѣдняя нѣрѣдко является почвой для Базедовой болѣзни. Кромѣ того являются: астазія-абазія, ограниченіе поля зрѣнія, *paralysis agitans*, диабетъ и гликозурия, полиурія, альбуминурия, *tabes*, микседема и сириноміелія. Изъ патологоанатомическихъ данныхъ не имѣется ничего опредѣленнаго,—въ послѣднее время теорія пораженія симпатическаго нерва отступила на задній планъ и замѣнена теоріей пораженія продолговатаго мозга. Авторъ полагаетъ, что вѣроятною причиною болѣзни служитъ измѣненіе щитовидной желѣзы. Это доказывается тѣсною связью заболѣваній обуславливаемыхъ пораженіемъ щитовидной желѣзы, какъ: микседема, кретинизмъ и Базедова болѣзнь. Далѣе, часто къ продолжительное время существующему зобу въ послѣдствіи присоединяются явленія Базедовой болѣзни; наконецъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ оперативное леченіе зоба вліяетъ на излеченіе отъ Базедовой болѣзни. Можно думать, что измѣненія щитовидной желѣзы обуславливаютъ болѣзнь путемъ развитія какого-то яда. П. И. Ковалевскій.

Prof. Mendel, Къ патологической анатоміи Базедовой болѣзни (*Zur pathologische Anatomie des Morbus Basedowii*, *Centralb. f. Nervenheilkunde*, 1891, 12).

Авторъ сдѣлалъ сообщеніе въ Берлинскомъ обществѣ психіатровъ о находкѣ въ случаѣ m. Basedowii измѣненій въ *corpus testiforme* и солитарномъ пучкѣ. *Corpus testiforme* атрофически поражено было съ лѣвой стороны, а солитарный пучокъ былъ атрофированъ правый. Эксперименты Filehne, Дурлауфи и Bienfait показали, что перерѣзка *medulla oblongata* въ области *corpus testiforme* можетъ дать у кроликовъ и собакъ картину Базедовой болѣзни искусственно.

З. В. Гутниковъ.

Dr. Bruns, О симптомѣ Грефе при Базедовой болѣзни (*Ueber das Graefe'sche Symptom bei Morbus Basedowii, Neurolog. Centralb., 1892, 1*).

Въ руководствѣ по нервнымъ болѣзнямъ симптомъ Грефе описывается такъ: при подниманіи и опусканіи глаза отсутствуетъ соответствующее движеніе верхняго вѣка; авторъ же доказываетъ, что объ этомъ симптомѣ можно говорить только при движеніи глаза книзу,—при поднятіи же кверху вѣко движется вмѣстѣ съ глазнымъ яблокомъ. Только изслѣдованіе должно произволить по способу Моебіуса, который состоитъ въ томъ, что взоръ долженъ быть опущенъ книзу, а затѣмъ медленно подниматься кверху. Верхнее вѣко въ это время остается покойнымъ до тѣхъ поръ, пока, такъ сказать, не встрѣтится съ глазнымъ яблокомъ и затѣмъ они движутся вмѣстѣ. Объ отсутствіи движенія верхняго вѣка при движеніи глазного яблока можно было бы говорить только тогда, если-бъ при поднятіи взора кверху послѣднее покрывалось вѣкомъ, какъ это бываетъ при *rthosis*. Причиной симптома Грефе считаютъ несоответствіе между координаціей глазного яблока и вѣка; авторъ несогласенъ съ этимъ и вмѣстѣ съ Моебіусомъ отвергаетъ такую инкоординацію, а видитъ причину этого явленія въ усиленіи нормальнаго тонуса (въ чрезмѣрномъ напряженіи) вѣкъ, существующаго при открытыхъ глазахъ; такимъ образомъ симптомъ Грефе обуславливается симптомомъ Стелльвага, который характеризуется расширеніемъ глазной щели и рѣдкимъ морганіемъ. Въ доказательство своего мнѣнія онъ приводитъ устное сообщеніе Моебіуса о больномъ съ гемипарезомъ, у котораго также наблюдался симптомъ Грефе и опубликованный Raymond'омъ случай Thomsen'овой болѣзни, гдѣ было сильное расширеніе глазной щели спастическаго характера.

П. П. Платовъ.

Dr. Erlenneyer, О заболѣваніи головного мозга, обусловленномъ врожденнымъ сифилисомъ (*Ueber eine durch congenitale syphilis beeingelte Syphiliserkrankung, Centralb. für Psychiatrie von Kurla, 1891*).

Авторъ наблюдалъ пять случаевъ врожденнаго сифилиса у дѣтей отъ 12 до 16 л. возраста. Всѣ больные лечились отъ кортикальной эпилепсіи; но рядомъ съ этимъ наблюдались болѣе серьезныя пораженія: недоразвитіе конечностей, въ которыхъ появлялись судорги, большая слабость сравнительно съ здоровыми конечностями, гиперестезія ихъ,—у нѣкоторыхъ больныхъ—геміатрофія языка, *rthosis*, *paresis facialis*. Изъ разспроса оказалось, что всѣ эти больные въ дѣтствѣ страдали какимъ-то лихорадочнымъ процессомъ, послѣ котораго и появились приступы эпилепсіи. Авторъ полагаетъ, что во всѣхъ этихъ случаяхъ эпилепсія предшествовала *poliоencephalitis* и *meningitis*. Причину эпилепсіи въ данныхъ случаяхъ авторъ видитъ не въ атрофіи мозгового вещества, а въ раздраженіи его менингеальнымъ выпотомъ. На основаніи этихъ наблюденій въ число причинныхъ моментовъ церебральнаго дѣтскаго паралича должно внести и сифилисъ, который въ такихъ случаяхъ производитъ *meningitis et poliоencephalitis*, причѣмъ возможно, что и тѣ случаи дѣтскаго церебральнаго паралича, которые приписываются скарлатинѣ и другимъ заразнымъ болѣзнямъ, имѣли въ основѣ своей латентный сифилисъ. Авторъ приписываетъ особое

значение этимъ случаямъ въ томъ отношеніи, что въ нихъ не было ни параличей, ни контрактуръ и на первомъ планѣ стоятъ эпилепсія и задержка развитія конечностей. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ, по видимому, сифилисъ играетъ весьма важное значение.

П. П. Платовъ.

Dr Moell, Сифилисъ нервной системы (Syphilis des Nervensystems, Centralbl. für Nervenheilkunde. 1891, 12).

Авторъ анализируетъ наблюдаемые имъ случаи сифилиса мозга, при чемъ почти во всѣхъ изъ нихъ онъ наблюдалъ ptosis. Въ основѣ этихъ поражений лежали: опухоли арт. сег. post., инфильтрація и дегенерация нервнаго ствола, менингитическое сращеніе съ нервомъ, гумозныя заболѣванія pontis съ измѣненіемъ сосудовъ. — въ нѣкоторыхъ случаяхъ были очаги, уменьшеніе количества нервныхъ волоконъ въ различныхъ мозговыхъ пучкахъ.

П. П. Платовъ.

Marinesco, Syphilis cerebrealis, Centralb. f. Nervenheilk. 1891, 12).

Авторъ производилъ микроскопическое изслѣдованіе препаратовъ, описанныхъ Moeli, и при этомъ нашелъ: измѣненія въ сосудахъ, обычно находимыя при сифилисѣ, частью описанныя воспалительныя явленія Heubner'a, частью дегенеративныя явленія и гиалиновыя уклоненія стѣнокъ сосудовъ съ частичными облитерациями просвѣта. Измѣненія нервной ткани имѣли въ основѣ своей частью сосудистыя измѣненія, частью непосредственно раздраженіе сифилитическимъ ядомъ. Первые будутъ вторичными, а вторыя первичными поражениями. Первичныя пораженія рѣдко встрѣчаются въ Goll'евскихъ пучкахъ, большею же частью во всемъ заднемъ пучкѣ. Эта форма сифилитическаго tabes не представляетъ ничего особеннаго и является дегенеративнаго характера. Другіе яды, какъ въ отдаленности, такъ и совмѣстно, могутъ производить тѣже явленія. Эту форму можно принять за токсическую форму tabes, при чемъ чаще всего она бываетъ сифилитическаго происхожденія. Вѣроятно, что перерожденіе нервныхъ волоконъ основывается на первичномъ пораженіи нервныхъ центровъ. Если этого для tabes прямо доказать и нельзя, то во всякомъ случаѣ данное явленіе можно установить по сравненію съ дѣйствіемъ ядовъ въ другихъ случаяхъ, при чемъ первично поражаются узлы, а за тѣмъ уже вторично нервныя волокна. Кромѣ дегенеративной формы tabes существуетъ еще гиперпластическая форма сифилистической сухотки (Pseudo-tabes, Myelite syphilitique), которой теченіе отлочно и при которой можетъ получиться исходъ въ выздоровленіе.

П. П. Платовъ.

Dr Goldstein, О дѣйствиіи Ахенскихъ лечебныхъ средствъ при болѣзняхъ нервной системы (Ueber die Wirksamkeit der Aachener Kurmittel bei Krankheiten des Nervensystems, Balneolog. Centrbl., 1890, № 5, Centralb. f. Nervenheilk. 1892, 1).

Авторъ видѣлъ очень хорошее вліяніе горячихъ душъ при ревматическомъ ischias. Ванны достаточно высокой температуры были хороши при периферическихъ параличахъ, а также при neuritis multiplex въ періодъ регенерации нервныхъ волоконъ. При tabes наблюдались хорошіе результаты при ваннахъ. Меркуріальное леченіе при начинающейся сухоткѣ производило пріостановку болѣз-

ни; тоже самое при сифилисѣ спинного мозга въ формѣ міелита и міеломенингита.—особенно въ сочетаніи съ ваннами,—если, разумѣется, болѣзнь не перешла въ періодъ склероза.

Д. И. Поляковъ.

Dr Wildermuth, Призрѣніе эпилептиковъ (Zur Fürsorge für Epileptische, Centr. f. Nervenheilk., 1892, 12).

При постепенности перехода между отдѣльными формами эпилепсiи, при часто быстромѣняющихся состояніяхъ у больныхъ, которые съ самого тихаго и вполне общественнаго человѣка могутъ внезапно превратиться въ опаснѣйшаго сумасшедшаго, устройство пріютовъ для излечимыхъ и неизлечимыхъ эпилептиковъ, помѣшанныхъ и непомѣшанныхъ, молодыхъ и взрослыхъ—и невозможно и нежелательно. Лучше всего имѣть одно учрежденіе, но раздѣленное на отдѣленія, изъ которыхъ, по мѣрѣ надобности, можно было бы переводить ихъ въ другое. Авторъ допускаетъ слѣдующія отдѣленія: 1. отдѣленіе для молодыхъ больныхъ способныхъ къ обученію, 2, отдѣленіе для занимающихся ремесломъ съ подраздѣленіемъ для взрослыхъ и полувзрослыхъ,—3. экономическое учрежденіе земледѣльческихъ занятій и 4. отдѣленіе для хроническихъ помѣшанныхъ и слабоумныхъ эпилептиковъ съ отдѣленіемъ для больныхъ съ быстро развивающимся буйствомъ и слабоумныхъ дѣтей. Такія учрежденія, подобно домамъ для умалишенныхъ абсолютно должны находиться въ полномъ завѣдываніи врача.

З. В. Гутниковъ.

Dr Sarbo, Объ истерической лихорадкѣ (Ueber hysterisches Fieber, Archiv f. Psychiatrie, B. XXIII, H. 2).

Авторъ исходитъ изъ того положенія, что центры, уравнивающіе тепло въ организмѣ, заложены въ центральной нервной системѣ и потому всякое повышеніе температуры при лихорадкѣ обуславливается этими центрами. Если лихорадка обуславливается не органическими причинами, то это будетъ чисто функциональная истерическая лихорадка, каковою и является истерическая лихорадка. Въ истерической лихорадкѣ различается два типа—непрерывный и въ видѣ приступовъ. Непрерывный типъ болѣею частью встрѣчается при истеро-эпилепсiи; приступы лихорадки могутъ быть и при простой истеріи независимо отъ судорожныхъ приступовъ.

З. В. Гутниковъ.

Dr Moravcsik, Истерическое помѣшательство (Ueber hysterisches Irresein, Neurolog. Centralbl., 1892, 3).

Авторъ дѣлаетъ сообщеніе на основаніи 125 наблюдаемыхъ имъ случаевъ. Авторъ очень часто наблюдалъ явленія вырожденія въ области черепа, особенно же лба. Зрачки въ 78,4% неравномѣрны, при чемъ правый зрачекъ шире въ 30,4% и лѣвый въ 48%. Реакція зрачковъ сохранена. Относительно душевнаго состоянія авторъ различаетъ острую и хроническія разстройства. Острыя формы протекаютъ обыкновенно въ теченіи нѣсколькихъ часовъ и сопровождаются полнымъ отсутствіемъ воспоминанія. Содержаніе бреда больныхъ бываетъ частью пріятнаго свойства съ маниакальнымъ оттѣнкомъ, частью непріятнаго, ужасающаго и поражающаго свойства съ стремленіемъ къ разрушенію. Эти острые формы имѣютъ много такого, что можетъ говорить за самостоя-

тельность данной формы болѣзни. Такъ, меланхолическія формы сопровождаются жалобами на тѣлесныя боли и парестезіи,—маниакальныя формы имѣютъ характеръ эротическій. Насильственные представленія въ истерическомъ помѣшательствѣ играютъ тоже важную роль: то больные думаютъ о своей смерти, то они ужасаются, что надъ ними домъ обрушится и проч.

С. Н. Савѣтовъ.

Dr. Krömer, Къ патологической анатоміи хорей (*Zur pathologischen Anatomie der Chorea*, Archiv für Psychiatrie, В, XXIII, Н. 2).

Больной 35 л., проявлялъ хорею уже съ одиннадцати лѣтъ.—съ умственной стороны—слабоуміе. При вскрытіи найдены гематомы въ обѣихъ полушаріяхъ и множество гнѣздъ въ *corpora striata* и другихъ подкорковыхъ узлахъ. Рядомъ съ этимъ найдено перерожденіе пирамидныхъ пучковъ.

Э. В. Гутниковъ.

Dr. Dreyes, Прогрессивная хроническая хорея (*Ueber Chorea chronica progressiva*, 1891).

Разоברהъ литературу Гэтчинсоновской хорей, авторъ сообщаетъ собственныхъ три случая. I. Больная 62 г. Сестра больной, мать и бабушка страдали хореей съ слабоуміемъ. Больная страдаетъ уже пять лѣтъ хореей и два года душевнымъ разстройствомъ. Въ больницу поступила со всѣми явленіями хорей и въ безпокойномъ маниакальномъ состояніи; температура повышена. Въ дальнѣйшемъ болѣзнь нѣсколько успокоилась и хореическія движенія являлись только при волевыхъ движеніяхъ.—II. 63 л. больной, котораго мать и двѣ сестры страдали тою же болѣзью. Хореей страдаетъ 10 л., меланхолическій—два года и производитъ покушенія на самоубійство. Хореическія движенія особенно выражены въ рукахъ и въ лицѣ; сильная апатія. Питаніе очень ослаблено. Коленные рефлексы повышены. Воля понижаетъ хореическія движенія.—III. Больной 38 л. Мать и бабушка душевно больны,—двѣ племянницы истеричны. Хореическія движенія начались три года назадъ, къ чему присоединились ослабленія мыслительныя и нравственныя. Пульсъ 44—48. Повышеніе коленныхъ сухожильныхъ рефлексовъ. Колеблющаяся походка. Постепенно падаетъ тѣлесно и душевно (*dementia*).

Э. В. Гутниковъ.

Dr. Schönberg, Кивательная судорога (*Spasmus nutans*, Norsk-Mag. f. Laegevidensk 1891, Centralb. f. Nervenheilk. 1891).

Авторъ сообщаетъ нѣсколько случаевъ названной болѣзни, которую онъ дѣлитъ на три группы. Полъ истиннымъ *spasmus nutans*, понимаетъ онъ двигательный нейрозъ; онъ болѣе легкой природы, какъ правило излечимъ, является на рахитической почвѣ, часто вмѣстѣ съ *spasmus glottidis* и аналогичными судорожными формами. Это есть, такъ сказать, родъ интенціонной или координаціонной судороги, такъ какъ наступаетъ только тогда, если дитя держится безъ поддержки для головы и при координаціонныхъ попыткахъ со стороны слабыхъ мускуловъ. Какъ примѣръ для этой формы приведены десять исторій болѣзни—трехъ мальчиковъ и семи дѣвочекъ въ возрастѣ отъ одного мѣсяца до года. Въ четырехъ случаяхъ наблюдалась кивательная движенія впередъ и назадъ, въ четырехъ—ротаторныя и въ двухъ комбинированныя тѣ и другія. Въ двухъ случаяхъ наблюдалось движеніе туловища впередъ и на-

заль. Четыре раза одновременно былъ nystagmus, одинъ разъ strabismus convergens и два раза движеніе впередъ и назадъ языка. Другая группа обнимаетъ случаи съ органическими страданіями мозга, особенно врожденными—головной водянкой, идиотіей et ceter. Впрочемъ, граница между предыдущей группой и этой послѣдней не всегда рѣзко выражена. Описаны четыре исторіи болѣзни принадлежащихъ сюда. Наконецъ третья группа, когда судорга затылка происходитъ при хорѣ съ движеніями свойственными этой послѣдней болѣзни.

П. П. Платовъ.

Dr. Holm, Delirium acutum съ исходомъ въ выздоровленіе, (Eshelbredet Tilfaelde of «Delirium acutum» Norsk. Mag. f. Laegerid. 1891, Centralb. für Nervenheilk., 1891).

У. М. У. 38 лѣтъ отъ роду, безъ наслѣдственнаго предрасположенія; послѣ инфлуенцы измѣнился, сдѣлался молчаливымъ, по временамъ говорилъ самъ съ собой, отказывался отъ пищи и страдалъ безсонницей. Скоро послѣ принятія въ лечебницу въ Христіаніи заболѣлъ лихорадкой съ бредомъ, коматознымъ состояніемъ и тетаническимъ напряженіемъ мускуловъ. Подъ вліяніемъ леченія эрготиномъ въ 14 дней получился выздоровленіе.

П. П. Платовъ.

Dr. Buringh Boekhoud, Периодическое галлюцинаторное безсмысліе (Periodieke hallucinatoire wanzen, Psychiatr. Bladen 1891, Centralbl. f. Nervenheilk., 1891).

Варвара Х., 47 лѣтъ отъ роду, была принята въ лечебницу во второй разъ 1887 года, — въ первый разъ она была тамъ же 1874 г. Авторъ ставитъ вопросъ, стадала ли она раньше меланхоліей или первичнымъ помѣшательствомъ и настоящее состояніе психической слабости есть ли остатокъ вторичнаго Wahnsinn или заключительный стадій паранои. Пациентка проводитъ время въ dolce far niente, иногда задумывается и тогда говоритъ, что мечтаетъ о «своемъ графѣ», который хочетъ на ней жениться и прислалъ ей въ лечебницу 45 телегъ драгоценностей.

Это состояніе, длящееся около трехъ лѣтъ, въ іюнѣ 1890 года внезапно смѣняется періодическими приступами возбужденія, которые, начинаясь вечеромъ, длятся 36 часовъ, затѣмъ наступаетъ 3-хъ дневная ремиссія въ видѣ прежняго состоянія, на четвертый день вновь приступъ возбужденія и такимъ образомъ эти два состоянія чередуются съ фотографической точностью. Такое состояніе продолжается до конца ноября 1890 года. Затѣмъ до 27 января 1891 года не было ни одного приступа, когда повторился еще одинъ подобный приступъ и съ тѣхъ поръ до лѣта нынѣшняго года уже больше не было. Приступы начинались каждый разъ между 5 и 7 часами вечера съ ускореніемъ пульса, инъекціей конъюнктивы и покраснѣніемъ покрововъ лица. Въ началѣ появляются на нѣсколько часовъ ужасающія галлюцинаціи; больная не отвѣчаетъ на вопросы, затѣмъ наступаютъ другія явленія. Пациентка подъ вліяніемъ ужаса кричитъ: «нѣтъ, нѣтъ, я не Варвара, что здѣсь стоитъ, это животное, только испорченный кусокъ мяса». На другое утро она была пуглива, мастурбировала, но стояла на своемъ, что она не Варвара. «У Варвары отняты всѣ вещи, она должна погибнуть, голой ходить по улицамъ. Она получила отъ

графу 45 летъ драгоценностей. Несчастье, что она не вышла за него замужъ, была бы теперь великолѣпной графиней».

Въ то же время были галлюцинаціи слуха: она слышала крики замученныхъ своихъ братьевъ. По истеченіи 36 часовъ больная вспоминала прожитое, рассказывала, что слышала какъ ее ругали.

П. П. Платовъ.

Dr. Van Wolsem. Служить ли пуэрперальный психозъ показаніемъ въ воспрепятствованію зачатія? (*Indicert puerperaal—psychose het voorkomen van conceptie? Psychiatr. Bladen 1890, Centralb. f. Nerveuheilk., 1891*).

W. ставитъ вопросъ: должно ли женщину, перенесшую пуэрперальный психозъ, предостерегать отъ вторичнаго зачатія,—и для отвѣта ставитъ другой вопросъ: какой прогнозъ при пуэрперальномъ психозѣ *quoad recidivum* и при рецидивѣ—*quoad restitutionem in integrum*? Исходя изъ этой точки зрѣнія, онъ изслѣдовалъ Мееренбергскіи матеріалъ 1874—1889 года, 45 случаевъ. Изъ нихъ 35 выздоровѣли, одинъ случай былъ вторичной пуэрперальной маніи съ исходомъ въ выздоровленіе; въ трехъ и внѣ *puerperium* наблюдался приступъ острой маніи, окончившійся выздоровленіемъ. Изъ остальныхъ десяти случаевъ одинъ окончился смертію отъ паралича; вторая пациентка умерла отъ чахотки, двѣ отпущены съ улучшеніемъ и болѣе не возвращались въ больницу и шесть, изъ которыхъ 5 были больны въ первый разъ, перешли въ хроническое неизлѣчимое состояніе. На основаніи новѣйшихъ изслѣдованій (Hansen и др.), авторъ приходитъ къ заключенію, что профилактикой пуэрперальнаго психоза должно быть не воспрепятствованіе зачатія, а предохраненіе пуэрперальной матки отъ проникновенія бактерій.

П. П. Платовъ.

Dr. Schoenthal. Острое галлюцинаторное сумашествіе (*Ueber acute hallucinatorische Verwirrtheit, Neurologisch. Centralbl., 1891, № 23*).

Авторъ характеризуетъ болѣзнь слѣдующими явленіями: острое начало, весьма быстрое достиженіе асте, масса галлюцинацій, полное замѣшательство, потемнѣніе сознанія, частое моторное возбужденіе, полная растерянность, настроеніе духа или испуганно-тоскливое, или быстро измѣняющееся въ зависимости отъ галлюцинацій, потребность движенія, полная или частичная амнезія,—явленія тяжкаго истощенія центральной нервной системы. повышенная рефл. лекторная возбудимость, распространенный треморъ, паденіе вѣсѣ тѣла, временная альбуминурия, случайныя повышенія температуры, вазомоторно-трофическія расстройства, сильная бессонница, слабость и истощеніе, очень нерѣдки полныя ремиссіи. Исходъ: выздоровленіе непосредственно, или черезъ стадіи *dementia acuta* и чередующія формы душевныхъ заболѣваній, гдѣ собенно благоприятное бываетъ теченіе при маниакальномъ стадіи,—смерть и хроническое теченіе, которое опять таки можетъ окончиться выздоровленіемъ. Отъ маніи отличается внезапнымъ началомъ и быстрымъ достиженіемъ асте, а также отсутствіемъ меланхолическаго стадія,—преобладаніемъ тоскливаго настроенія, массою галлюцинацій, вліяющихъ на душевныя управленія больного, быстрый ходъ идей здѣсь обуславливается смѣною галлюцинацій и постояннымъ присут-

ствіємъ замѣшательства. Отъ паранойи отличается большей спутанностью идей и большимъ потемнѣніемъ сознанія. Причинами служатъ: анемія, переутомленіе, тѣлесныя заболѣванія, потери крови, особенно же *puerperium*. Терапія: поднятіе питанія и устраненіе истощающихъ моментовъ. *З. В. Гутниковъ.*

Prof. Salgo, Способъ развитія общаго паралича (*Ueber Verlaufsweise der progressive Paralyse, Centralb. f. Nervenheilkunde. 1891*).

Авторъ различаетъ слѣдующія формы общаго паралича: 1) остро протекающій параличъ (*paralysie foudroyante*), который онъ ставитъ въ одинаковый уровень съ смертельно оканчивающеюся аменціей; 2) форма депрессивно-ипохондрическая, болѣе продолжительная, чѣмъ предыдущая и которая также оканчивается смертельно, вслѣдствіе воздержанія отъ пищи и истощенія. Въ теченіи этой формы можетъ появляться бредъ грандіозности, почему данную форму Mendel предложилъ называть циркулирующей формой паралича. 3) Затяжная форма, характеризующаяся аменоманіей и бредомъ грандіозности. Въ этой формѣ могутъ наступать ремиссіи, которыя особенно замедляютъ теченіе болѣзни; нерѣдки также въ этихъ случаяхъ апоплекти—и эпилептиформныя приступы, которые ускоряютъ исходъ болѣзни. Иногда вмѣсто ремиссіи наступаетъ длительный періодъ въ видѣ *folie raisonnante* съ большимъ подобіемъ затяжной маніи. 4) Форма общаго паралича наиболѣе затяжная, въ которой развиваются параллельно явленія слабоумія и паралитическія безъ бредовыхъ идей и возбужденія. По автору, въ этой формѣ клиническія и патологоанатомическія данныя стоятъ въ полномъ согласіи. Отъ истиннаго паралича авторъ отличаетъ ложный параличъ обусловленный алкоголизмомъ, сифилисомъ, сенильными измѣненіями мозга и проч. *З. В. Гутниковъ.*

Prof Fürstner, Периферическій нейритъ при прогрессивномъ параличѣ (*Ueber periphere Neuritis bei progressiver Paralyse, Neurolog. Centralb., 1891, 23*).

Авторъ рассматриваетъ вопросъ: часто ли бываетъ пораженіе периферической нервной системы у паралитиковъ и стоитъ ли оно въ связи съ пораженіемъ центральной нервной системы? Этотъ вопросъ былъ рассматриваемъ Pick'омъ, который пришелъ къ утвердительному отвѣту. У автора было два такихъ случая периферическаго нейрита съ атрофіей мускуловъ (*Ea R*), при чемъ строное вещество спинного мозга было неповрежденно,—болѣзненно измѣненными же оказались боковые пучки и задніе. Въ противность Pick'у авторъ полагаетъ, что между общимъ параличемъ и периферическимъ нейритомъ непосредственной связи нѣтъ,—является нейритъ потому, что у паралитиковъ въ послѣдней стадіи бываетъ масса случайностей, склонныхъ вызывать нейриты, а именно: ма-размъ, пораженіе внутреннихъ органовъ, давленіе отъ продолжительнаго лежанія, истощеніе, травма и проч.

З. В. Гутниковъ.

Dr Noche, Къ свѣдѣніямъ объ анатомическомъ состояніи корешковъ спинного мозга человека въ нормальномъ и болѣзненномъ состояніи при *Dementia paralytica* (*Beitrage zur Kenntniss des anatomischen Verhältniss der menschlichen Rückenmarkswurzeln im normalen und im krankhaftveränderten Zustände bei Dementia paralytica*).

Произведши обзоръ здороваго состоянія корешковъ спинного мозга, авторъ занимается анатомическими измѣненіями въ корешкахъ спинного мозга лицъ, умершихъ отъ прогрессивнаго паралича. Исслѣдованы 11 случаевъ. Результаты собраны въ слѣдующія группы: 1. при *dementia paralytica* въ спинныхъ нервныхъ корешкахъ находятся измѣненія и не только въ заднихъ (въ случаяхъ съ дегенераціей мозговыхъ пучковъ), но и въ переднихъ. 2. Измѣненія касаются частью корешковъ, частью нервныхъ элементовъ. Корешки показываютъ состояніе хроническаго воспалительнаго уплотнѣнія неспецифическаго характера; нервныя элементы подвергаются простой или дегенеративной атрофіи. 3. Зависимость интенсивности и распространенія измѣненій въ корешкахъ отъ распредѣленія болѣзненнаго процесса внутри мозга не ясна; дегенерація только рѣдко ведетъ къ гибели цѣлаго корешковаго пучка, а большею частью къ исчезанію отдѣльных волоконъ или группъ (волоконъ). 4. Болѣе значительныя измѣненія обыкновенно наблюдаются въ поясничныхъ и сакральныхъ корешкахъ; кажется, что существуетъ параллелизмъ между напряженностью хроническаго *leptomeningitis* и распредѣленіемъ измѣненій въ корешкахъ. 5. Измѣненія спинно-мозговыхъ корешковъ при *dementia paralytica* настолько значительны, что ими не слѣдуетъ пренебрегать при обсужденіи клинической картины болѣзни.

П. П. Платовъ.

Dr Kölliker, Тончайшее строеніе продолговатаго мозга (*Der feinste Bau des verlängerten Markes*, Anat. Anzeiger., 1891, 14 и 15).

Авторъ посредствомъ метода Golgi нашелъ, что всѣ моторныя головныя нервы (включая восходящій корешокъ пятой пары и волокна *vagus* и *glossopharyngeus*, происходящія изъ *nucleus ambiguus*) стоятъ въ томъ же отношеніи къ своимъ «началамъ», какъ и волокна переднихъ спинно-мозговыхъ корешковъ. Чувствительныя же нервныя волокна мозга своими тончайшими развѣтвленіями оканчиваются свободно въ окрестности такъ называемыхъ чувствительныхъ «концевыхъ ядеръ». Истинное начало чувствительныхъ нервовъ слѣдуетъ искать въ экстрацеребральныхъ гангліяхъ (*ganglion jugulare, petrosum et cetera*). *Nervus cochleae et vestibuli* точно также, какъ и чувствительный *vagoglossopharyngeus*, при вступленіи въ продолговатый мозгъ, представляютъ раздѣленіе корешковыхъ волоконъ. Подобное же явленіе наблюдается во всѣхъ корешковыхъ волокнахъ чувствительныхъ нервовъ. Пирамидный путь отдаетъ всѣмъ моторнымъ начальнымъ ядрамъ волокна, которыя развѣтвляются въ нихъ. Точно также оканчиваются тамъ многочисленные чувствительныя колатеральныя волокна, которыя служатъ для проведенія рефлексовъ, также и многія волокна продолговатаго мозга имѣютъ колатеральныя волокна. Въ волокнахъ пирамиды они бывають рѣже, но все таки встрѣчаются. Въ мозговыхъ ножкахъ уже ихъ нѣтъ.

П. П. Платовъ.

Dr Gräbe, Пищеварительная дѣятельность желудка у душевнобольныхъ (*Ueber Verdauungs Thätigkeit des Magens bei Geisteskranken*, Petersburg. med. Wochenschr., 1891, 30).

Авторъ изслѣдовалъ 5 паралитиковъ, 4 маниака, 1 микседематознаго въ состояніи слабоумія, 1 кататоническаго сумасшедшаго и 1 со вторичнымъ слабоуміемъ. Во всѣхъ случаяхъ особенно рѣз-

кихъ уклоненій пищеваженія авторъ не находилъ, но нѣкоторыя отклоненія все таки существовали. Такъ, у паралитиковъ НСІ была всегда или въ обычномъ количествѣ, или выше обычного, но никогда не ниже; у маниаковъ было безусловное повышение, — въ остальныхъ случаяхъ также было повышение. Соответственно усиленной кислотности наблюдалось недостаточное перевариваніе крахмала. Подвижность желудка была повышена. Всѣ эти явленія авторъ ставитъ въ зависимость отъ нервной системы.

З. В. Гутниковъ.

Dr Hebold, Какія явленія производятъ гнѣздныя заболѣванія въ putamen nucleus lenticularis (Welche Erscheinungen machen Heerdekrankungen im Putamen des Linsenkerns, Arch. f. Psych. XXIII, 2).

Авторъ описываетъ болѣзнь 74 лѣтняго слабоумнаго больного, у котораго при жизни наблюдались ptosis праваго вѣка, полный лѣвосторонній гемипарезъ и при произвольныхъ движеніяхъ хореоформная дрожь, — сильная въ правостороннихъ конечностяхъ и слабая въ лѣвостороннихъ. При вскрытіи нашли атрофію головного мозга съ водянкой, кисту въ правомъ putamen nuc. lenticularis и гидроміэлію спинного мозга. Въ другомъ случаѣ двусторонней дрожи авторъ нашелъ двустороннее геморрагическое размягченіе въ области чечевицеобразнаго ядра.

Я. Я. Трутовскій.

Dr Schleisinger, О нѣкоторыхъ признакахъ тетаніи (Ueber einige Symptome der Tetanie, Ztschr. f. klin. Med. 18, 1).

1) *Рефлексъ лицевой*. Авторъ производилъ повторныя постукиванія молоточкомъ по щекѣ непосредственно впереди восходящей вѣтви нижней челюсти, не касаясь кости. При наличности «Facialisphaenomen» происходить подергиваніе губъ. У здоровыхъ людей упомянутое подергиваніе Schl. находилъ рѣдко. — но часто у туберкулезныхъ, истеричныхъ и вообще у нервныхъ; у мужчинъ рѣже, чѣмъ у женщинъ, у молодыхъ чаще, чѣмъ у пожилыхъ; у дѣтей моложе восьми лѣтъ рѣже, — сильнѣе же всего это явленіе выражено при тетаніи. 2) Механическая возбудимость другихъ двигательныхъ нервовъ при тетаніи почти всегда чрезмѣрно повышена. При другихъ заболѣваніяхъ это явленіе наблюдаютъ рѣдко, — авторъ видѣлъ нѣсколько случаевъ при истеріи, хлорозѣ и бульбарномъ параличѣ. 3) О возбудимости чувствительныхъ нервовъ можно сказать тоже самое, что и о двигательныхъ. 4) Патогномоничнымъ признакомъ тетаніи служитъ признакъ Trousseau. Далѣе авторъ упоминаетъ о неполныхъ формахъ тетаніи, которыя не рѣдко просматриваются (скрытая тетанія). Здѣсь дѣло идетъ о легкихъ формахъ, при которыхъ или совсѣмъ не бываетъ судорогъ, или онѣ бываютъ рѣдко. Во всѣхъ этихъ случаяхъ признакъ Trousseau бываетъ всегда, — а большею частью и другіе вышеупомянутые признаки. Въ заключеніе авторъ сообщаетъ свои изслѣдованія относительно тетаніи у дѣтей и о тетаноидныхъ состояніяхъ.

П. П. Платовъ.

Dr. Chvostek, О состояніи чувствительныхъ нервовъ и сопротивляемости кожи при тетаніи (Ueber das Verhalten der sensibler Nerven, des Hörnerven und des Hautleitungswiderstandes bei Tetanie, Ztschr. f. klin. Med., 1891).

Авторъ приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ. Механическая и гальваническая возбудимость чувствительныхъ и двигательныхъ

нервовъ повышена. Во время судорожныхъ приступовъ бываетъ чрезвычайная механическая возбудимость всѣхъ нервовъ; въ отдаленныхъ случаяхъ она бываетъ только на членахъ, пораженныхъ судорогой или только бываетъ на нихъ выражена яснѣе. Она исчезаетъ быстрѣе большей части другихъ признаковъ и иногда внѣ приступа судорога не можетъ быть найдена. Прежде всего она исчезаетъ на головѣ. Напротивъ того гальваническая чрезвычайная возбудимость чувствительныхъ и двигательныхъ нервовъ остается дольше всѣхъ другихъ признаковъ. Гальваническая возбудимость N. Acustici при тетаніи также часто бываетъ повышена. Сопровожденіе проводимости кожи не понижено. Авторъ настаиваетъ, что при тетаніи бываютъ парестезіи разнаго рода, но анестезіи рѣдки, гиперестезіи же кожи и органовъ чувствъ также не замѣчаются

П. П. Платовъ.

Dr Morel и Kurella, Новыя сообщенія по криминальной антропологии (Neue Beitrage zur criminellen Anthropologie, Centralbl. für Nervenheilkunde, 1891, 12).

Почтенные авторы совместно разсматриваютъ новѣйшія сочиненія по криминальной антропологии и излагаютъ главнѣйшіе выводы изучаемыхъ ими авторовъ. При этомъ они разбираютъ сочиненія: Laurent, Dorel, Francotte, Tarde, Corge и книгу Lombroso «Политическіе преступники». Большинство этихъ сочиненій разобрано въ Архивѣ Психіатріи 1891 г. № 5 проф. Чижомъ.

П. И. Ковалевскій.

Dr. Gowers, Руководство по нервнымъ болѣзнямъ (A manual of diseases of the nervous system, 1892).

Русская медицинская публика знакома больше съ сочиненіями нѣмецкихъ ученыхъ, на которыхъ она преимущественно и воспитывается. Отдавая должное нѣмецкой литературѣ, нельзя не обратить вниманія за послѣднее время и на англійскую литературу, особенно по отдѣлу нервныхъ болѣзней. Въ этомъ отношеніи выдвигаются имена Gowers'a, Bramwell'a, Hammond'a, Spitzka и др. Руководства этихъ ученыхъ носятъ на себѣ три особенности, ставящія ихъ высоко надъ другими руководствами: полноту содержанія, краткость и яловитость изложенія и прекраснѣйшіе рисунки. Образцомъ этихъ сочиненій можетъ служить руководство по болѣзнямъ спинного мозга Bramwell'a, которое съ успѣхомъ имѣетъ право занять мѣсто настольной книги каждаго образованнаго врача. Съ работами Gowers'a русскій медицинскій міръ знакомъ по переводамъ его сочиненій: діагностика болѣзней головного мозга и діагностика болѣзней спинного мозга. Но кромѣ этого на англійскомъ языкѣ годъ назадъ вышло прекрасное его руководство по болѣзнямъ нервовъ и спинного мозга. Нынѣ это сочиненіе вышло вторымъ изданіемъ, расширенное и дополненное многими рисунками. Вполнѣ сочувствуемъ успѣху этого сочиненія и рады были бы видѣть его переведеннымъ на русскій языкъ.

П. И. Ковалевскій.

Dr Bannister, Статистическія данныя относительно общаго паралича (A statistical note on paresis, The Journal of nervous and mental disease, 1891, 12).

На основаніи очень большого количества случаевъ общаго паралича, бывшихъ подлѣ наблюденіемъ автора, онъ дѣлаетъ такіе выводы: хотя общій параличъ можетъ являться и у лицъ съ наследственнымъ предрасположеніемъ къ душевнымъ заболѣваніямъ, тѣмъ не мѣнѣе онъ является изъ всѣхъ душевныхъ болѣзней чаще у лицъ безъ такового предрасположенія, а слѣдовательно чаще благопріобрѣтеннымъ. Въ числѣ причинныхъ моментовъ самую главную роль играетъ сифилисъ. Авторъ допускаетъ возможность возникновенія паралича не отъ сифилиса, но эти случаи такъ рѣдки, что именно ихъ можно было бы назвать псейдо-параличемъ. Пьянство хотя и часто наблюдается въ числѣ причинъ при общемъ параличѣ, тѣмъ не менѣе оно все таки не имѣетъ особеннаго значенія.

Д. И. Поляковъ.

Dr Wilson, Діатезъ общаго паралича (*Dyathesis of general paralysis*, *The Journal of mental science*, 1892, 1).

Въ числѣ причинныхъ моментовъ общаго паралича называютъ: алкоголь, половыя излишества, умственное переутомленіе, солнечный ударъ и т. д. Но, всматриваясь во всѣ эти причинные моменты, оказывается, что ни одинъ изъ нихъ не можетъ служить исключительно для общаго паралича, а въ одинаковой мѣрѣ они вызываютъ какъ общій параличъ, такъ и другіе психозы. О половыхъ излишествахъ должно замѣтить еще въ частности, что если бы они служили причиною общаго паралича, то этою болѣзною чаще всего заболѣвали бы онанисты, между тѣмъ на дѣлѣ это вовсе не подтверждается. Такимъ образомъ по мимо вышеуказанныхъ причинъ для общаго паралича должна существовать своя собственная, главная причина, которой уже побочно могутъ помогать другія, вышеуказанныя причины. Такую причину для общаго паралича авторъ усматриваетъ въ особомъ предрасположеніи центральной нервной системы извѣстныхъ лицъ—діатезѣ къ заболѣванію общимъ параличемъ. Это предрасположеніе у такихъ людей существуетъ наследственно и прирожденно; всѣ же вышеупомянутыя причины служатъ только пособіемъ и толчкомъ къ проявленію существующаго уже у нихъ заболѣванія. Присматриваясь къ этимъ людямъ, оказывается, что всѣ они въ теченіи жизни проявляютъ сангвиническій характеръ. Обыкновенно эти лица имѣютъ родителей, жившихъ широкою жизнью и выходятъ изъ семейства съ многочисленными членами. Въ дѣтствѣ они не проявляютъ ничего особеннаго. Въ школѣ они идутъ посредственными учениками, дома же ихъ считаютъ очень даровитыми и способными. Ученые оканчиваютъ, не выдаваясь среди другихъ, а иногда и вовсе не оканчиваютъ, увлекаясь своими планами и предположеніями. Въ жизни они не представляются устойчивыми въ дѣятельности и часто переходятъ отъ занятія къ занятію. Они рѣдко способны увлекаться отвлеченною мыслью и живутъ въ свое удовольствіе. У нихъ очень развита чувствительность, ради чего они составляютъ браки весьма необдуманно и неосновательно. Авторъ утверждаетъ, что жены прогрессивныхъ паралитиковъ имѣютъ свой типъ: это красивыя и отличающіяся физическими качествами личности, страдающія недостаткомъ нравственныхъ началъ. Паралитики служатъ душою общества и желаютъ быть таковыми. Это люди умные, но ихъ умъ отличается не отвлеченными качествами,

а чисто матеріально-практическими. Въ силу громадной самоувѣренности, эти люди всегда въ хорошемъ настроеніи духа, но они способны быстро поддаваться подавленности. Здравый смыслъ, энергія, сильный умъ, честолюбіе, чрезмѣрное стремленіе занимать видное мѣсто въ обществѣ и къ удовольствіямъ, большая самоуниженность и большая слабость по отношенію къ красивымъ женщинамъ,—вотъ черты ихъ характера. Рядомъ съ этимъ у нихъ не достаетъ: сдержанности себя въ злоупотребленіи инстинктами и недостатокъ высшаго контроля для собственной самоувѣренности.

П. И. Ковалевскій.

Dr Tomlinson, Причины общаго прогрессивнаго паралича (The etiology of general paralysis, The Journal of nervous and mental disease, 1891, 12).

Авторъ полагаетъ, что прогрессивные паралитики, прежде чѣмъ проявить свою болѣзнь подъ вліяніемъ того или другого причиннаго момента, уже въ основѣ своей имѣютъ нервную систему неустойчивую и неправильную. Эта неустойчивость можетъ быть или отъ рожденія, или благопріобрѣтенною подъ вліяніемъ отравленій и проч. Центральная нервная система такихъ больныхъ отличается быстрою утомляемостью, истощеніемъ, склонностью къ чрезмѣрно быстрому и обширному разрушенію и настоятельною необходимостью въ пополненіи и исправленіи этихъ чрезмѣрныхъ потерь. Таковъ мозгъ будущихъ паралитиковъ. Это есть почва, на которой легко и плодотворно прививаются и развиваются причинные моменты общаго паралича. Подъ вліяніемъ различныхъ болѣзнетворныхъ воздѣйствій, присущихъ общему параличу, у такихъ людей наступаетъ преждевременное и необыкновенно напряженно и обширно выраженное состарѣніе и разрушеніе центральной нервной системы въ формѣ общаго прогрессивнаго паралича.

К. Н. Ковалевская.

Dr Richardson, Церебро-спинальная ось какъ термальный центръ и водная сила (The cerebro-spinal axis as a thermal centre and water power, The Journal of mental science, 1892, 1).

Авторъ касается сущности отравленій центральной нервной системы и полагаетъ, что въ нервномъ веществѣ существуетъ нервный эфиръ — особенное газообразное вещество, выделяемое мозгомъ при химическихъ отравленіяхъ въ его элементахъ. Этотъ нервный эфиръ поглощается и растворяется жидкостью нервного вещества и при температурѣ крови представляетъ наивысшую свою дѣятельность, при пониженной же температурѣ его дѣятельность ослабѣваетъ и даже совершенно уничтожается. Этотъ эфиръ служитъ посредникомъ и передатчикомъ импульсовъ отъ нервныхъ окончаній къ центрамъ и наоборотъ. Смерть наступаетъ при прекращеніи вибраціи этого вещества. Нервное вещество состоитъ изъ воды, растворимыхъ бѣлковъ и жира. Напряженіе нервного эфира стоитъ въ прямой связи съ температурой воды: чѣмъ выше температура ея, тѣмъ и напряженность раствореннаго въ ней нервного эфира будетъ больше и наоборотъ. Такимъ образомъ мозгъ есть самостоятельный и независимый термальный центръ, дѣятельность котораго стоитъ въ связи съ нагрѣваніемъ и охлажденіемъ воды. Усиленное окисленіе бѣлковыхъ веществъ, дающее образованіе нервного эфира, повышаетъ температуру воды и тѣмъ по-

вышаетъ дѣятельность эфира, которая распространяется по трубчатымъ нервамъ, берущихъ начало отъ длинныхъ центровъ. Такимъ образомъ церебро-спинальная система есть статическій термальный центръ, источникъ всей дѣятельности посредствомъ воляной силы. Церебро-спинальные нервы суть трубчатое продолженіе бѣлаго вещества центровъ, производящаго силу, подверженную различнымъ колебаніямъ въ напряженіи. Сѣрое вещество служитъ источникомъ окисленія и горенія, т. е. образованія эфира, для чего потребляются преимущественно фосфорныя соединенія. Бѣлое вещество служитъ матеріаломъ для сѣраго вещества; тоже значеніе и нервовъ. Въ окончаніяхъ периферическихъ нервовъ нервная энергія разряжается въ видѣ передачи сокращенія мускуловъ, или отдѣленія железъ. Болѣе и менѣе состояніе и состояніе сна находятся въ зависимости отъ большей или меньшей силы нервнаго огня или окисленія нервнаго вещества. Авторъ приписываетъ большое значеніе цереброспинальной жидкости, которая служитъ уравнивателемъ давленія и посредникомъ для выдѣленія изъ мозга продуктовъ обратнаго обмѣна и ядовитыхъ веществъ. Всѣ условія, усиливающія окисленіе центральной нервной системы усиливаютъ и нервную жизнь всего организма,—и наоборотъ. При неравномѣрномъ окисленіи вещества и неравномѣрномъ образованіи нервной энергии можетъ быть чрезмѣрное возбужденіе мускульной системы въ видѣ тетануса и судорогъ.

К. Н. Ковалевская.

Dr Mc Cann, Chorea gravidarum, Brit. med. Journal, 1891.

Авторъ различаетъ собственно хорею беременныхъ, истерическую форму и смѣшанную форму. Первая форма является почти всегда у первороженницъ и весьма рѣдко у многородающихъ. Въ большинствѣ хорея развивается на 3 или 4 мѣсяцѣ. Предрасполагающими моментами служатъ: наследственность, особыя измѣненія крови, различныя раздраженія и проч. Въ тяжелыхъ формахъ наблюдается выкидышъ,—легкія формы протекаютъ благополучно. Въ большинствѣ случаевъ мать остается здоровою,—рѣже наблюдаютъ манію, параличъ и смерть; на плодъ хорея матери не оказываетъ вліянія. По разрѣшеніи отъ бремени хореическія движенія уменьшаются, но не прекращаются; полное прекращеніе происходитъ спустя нѣсколько мѣсяцевъ послѣ этого. Chorea gravidarum часто представляется возвратомъ хореи, бывшей въ дѣтствѣ.

Д. И. Поляковъ.

Dr. Browning, Неравенство зрачковъ у эпилептиковъ въ связи съ скрытной анизокоріей (Inequality of the pupils in epileptics, with a note on latent anisocoria, The Journal of nervous and mental disease, 1892, 1).

Авторъ изслѣдовалъ 150 случаевъ эпилепсіи и нашелъ, что въ 160/0 наблюдается анизокорія или неравенство зрачковъ, причемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ анизокорія бываетъ скрытною, проявляющеюся только при надлежащемъ освѣщеніи. Такъ какъ его выводы совпадаютъ съ выводами Marie и Musso, то онъ полагаетъ, что 160/0 неравенства зрачковъ у эпилептиковъ явленіе наиболѣе дѣйствительное.

Д. И. Поляковъ.

С М Ъ С Ъ.

* Многоуважаемый Павелъ Ивановичъ! Покорнѣйше прошу дать мѣсто слѣдующему: д-ръ Говсѣевъ въ своей статьѣ „Къ вопросу объ устройствѣ земствами колоній для душевно-больныхъ“ (этотъ Архивъ т. XIX, № 1) на стр. 24, причисляетъ меня къ психіатрамъ, не только отрицающимъ за механическимъ трудомъ всякое полезное дѣйствіе при леченіи душевно-больныхъ, но даже признающихъ его вреднымъ, причемъ приводитъ слѣдующую выдержку изъ моего отчета по больницѣ Св. Пантелеймона. „Нельзя забывать, что физическій трудъ до извѣстной степени есть въ то-же время трудъ и умственный, поэтому всякое напряженіе, усиленіе должно быть избѣгаемо“. Ясно, что я считаю вреднымъ усиленный, изнуряющій больныхъ трудъ, въ чемъ со мною, надѣюсь, согласятся всѣ психіатры; о пользѣ и весьма важномъ значеніи физическаго труда для душевно-больныхъ я неоднократно высказывался печатно и между прочимъ въ упоминаемомъ д-ромъ Говсѣевымъ отчетѣ; вмѣстѣ съ этимъ я указывалъ, что на физическій трудъ слѣдуетъ смотрѣть какъ на лѣчебное въ широкомъ смыслѣ этого слова, средство, а не какъ на источникъ доходовъ заведенія, и что вообще этимъ средствомъ слѣдуетъ пользоваться осторожно и въ подходящихъ случаяхъ, однимъ словомъ тоже, что весьма послѣдовательно и убѣдительно изложено д-ромъ Говсѣевымъ въ его настоящей статьѣ.

Примите увѣреніе и проч. Проф. *Владиміръ Чижъ*.

* Директоромъ лечебницы для душевно-больныхъ имени Государя Императора на Удѣльной назначенъ уважаемый товарищъ А. В. Тимофеевъ, недавно возвратившійся изъ заграницы, гдѣ онъ пробывъ довольно долго съ ученою цѣлью. Привѣтствуемъ товарища и желаемъ полного успѣха.

* Въ Творкахъ, около Варшавы, открыта лечебница для душевно-больныхъ. Медицинскій составъ въ ней слѣдующій: директоръ В. Н. Хардинъ, — старшіе ординаторы И. М. Сабашниковъ, А. П. Драгомановъ и Ѳ. Ѳ. Жлобиковскій, — младшіе ординаторы С. Ф. Будельскій, Р. И. Радзивилловичъ, Э. И. Пржиходскій и А. В. Любарскій.

* Въ Винницѣ, подольск. губ., устранивается больница для душевно-больныхъ. Эта больница рассчитана на 800 больныхъ мужчинъ и женщинъ и будетъ служить центральнымъ пунктомъ для помѣщенія психическихъ больныхъ Юго-западнаго края. Заведеніе, въ общемъ, предполагается устроить по типу извѣстной Казанской лечебницы, но по гораздо болѣе широкой программѣ, на отведенныхъ для устройства заведенія 40 дес. земли подъ самой Винницей, на берегу р. Южнаго Буга. Врачебное дѣло также предполагается обставить какъ нельзя лучше; для занятія и развлеченія больныхъ въ заведеніи заводятся мастерскія, бібліотека, общія залы для игръ, спектаклей, музыки и т. под. До сихъ поръ на

устройство больницы ассигновано уже 800,000 р., но полное осуществление грандіознаго плана потребуетъ еще, вѣроятно, дополнительнаго кредита чуть ли не на такую же сумму. Вообще, со времени назначенія Директоромъ Медицинскаго Департамента высокоуважаемаго Л. Ф. Rogozina, дѣло призрѣнія душевно-больныхъ въ Россійской Имперіи принимаетъ другой характеръ и направление.

* Газета „Врачъ“ получила извѣстіе о весьма прискорбной исторіи, имѣвшей мѣсто въ Красноярскѣ. Въ мѣстной больницѣ приказа общественнаго призрѣнія находился на пользованіи казакъ Л., страдавшій маніей и почему-то особенно невзлюбившій губернатора и директора гимназіи. Убѣжавъ изъ больницы, Л. разбилъ окна въ квартирахъ двухъ названныхъ лицъ. Больного вернули въ больницу, гдѣ, съ согласія главнаго врача больными В. А. Вангородскаго и ординатора С. И. Юфа и въ присутствіи полиціймейстера и квартальнаго надзирателя, его заковали въ ручные и ножные кандалы и приковали къ полу. Въ такомъ положеніи больной пробылъ нѣсколько дней до возвращенія изъ Петербурга инспектора врачебной управы П. И. Рачковскаго и до временнаго вступленія въ должность главнаго врача И. И. Кускова, которые немедленно и настояли на снятіи кандаловъ.

(Неделя, № 2).

* О здоровьѣ молодого германскаго императора давно уже ходятъ тревожныя слухи. Утверждаютъ, будто несчастный случай, бывшій съ нимъ на палубѣ яхты „Рогенцоллернъ“, есть слѣдствіе эпилепсиса. Профессоръ Петеръ, приписываетъ паденіе императора на палубѣ яхты не случайному движенію судна, а нервному припадку, обусловленному болѣзью уха. „Поврежденіе колѣна у императора Вильгельма II, — говоритъ профессоръ въ своемъ письмѣ въ газету „Gaulois“, — само по себѣ не представляетъ серьезной опасности; главная опасность угрожаетъ императору не со стороны колѣна, а уха. Въ этой болѣзни именно и кроется опасность для императора. Она продолжаетъ все болѣе и болѣе развиваться, заявляя о себѣ отъ времени до времени припадками, представляющими сходство съ эпилепсіей. Костоѣда въ скалистой области уха продолжаетъ разрушительную свою работу, и непремѣнно, быть можетъ не въ особенно отдаленномъ будущемъ, наступитъ день, когда гнойное воспаленіе распространится на мозговую оболочку. Въ настоящее время эпилептическіе припадки обуславливаются временными обостреніями этихъ оболочекъ.

(Завѣда, 1892, № 5).

*) Въ „Mémorial diplomatique“ напечатана слѣдующая замѣтка о состояніи здоровья императора вильгельма: „Двѣ недѣли тому назадъ, одинъ изъ наиболѣе извѣстныхъ специалистовъ боннскаго университета, профессоръ Маделунгъ, вызванный въ Берлинъ къ императору, остался не совсѣмъ доволенъ методомъ леченія, принятымъ постоянными врачами Вильгельма II. Состояніе здоровья императора ему показалось болѣе серьезнымъ, чѣмъ онъ полагалъ сначала. Болѣзнь императора принадлежитъ, повидимому, къ числу такихъ, за развитіемъ которыхъ невозможно слѣдить: всѣ симптомы ея развиваются внутри черепа. Тѣмъ не менѣе, легко судить объ ея развитіи по усиливающимся страданіямъ пациента и.

въ особенности, по частому перемѣщенію болей, которыя теперь уже чувствуются дальше вглубь, внутри скуловой кости. Отпниѣ представляется очевиднымъ, что болѣзнь Вильгельма II можетъ привести къ серьезнымъ осложненіямъ". (*Новости*, 36).

* Императоръ Вильгельмъ II не оставляетъ безъ вниманія даже и хореографіи. Въ настоящее время въ берлинской оперѣ происходятъ репетиціи новаго балета подъ названіемъ „Терпсихора на землѣ“. Этотъ балетъ сочиненъ Роттеберомъ, но мысли самого императора, о чемъ знаютъ всѣ въ придворныхъ кружкахъ.

* Характеръ императора Вильгельма II. Не лишена интереса характеристика Вильгельма II, германскаго императора, написанная Гарольдомъ Фредерихомъ, авторомъ книги *The young Emperor of Germany William II*. По словамъ упомянутаго автора, въ Вильгельмѣ II соединяются два различныхъ человѣка: одинъ—суровый, гордый повелитель, склонный къ театральнымъ эффектамъ всякаго рода, пренесполненный идеями величія и говорящій не иначе, какъ въ повелительномъ тонѣ, и другой веселый, обходительный, желающій нравиться всѣмъ, общительный и любимый всѣми своими приближенными. Страдающій параличемъ лѣвой руки, Вильгельмъ II долженъ былъ потратить много энергіи на то, чтобы, не смотря на этотъ свой недостатокъ, сдѣлаться превосходнымъ стрѣлкомъ, пловцемъ и наѣзникомъ. Вообще вкусы у него больше англійскіе, чѣмъ нѣмецкіе, и онъ очень любитъ морской и горный спортъ. Особенно онъ гордится своимъ званіемъ англійскаго адмирала, а въ Греціи офицера англійской эскадры даже жаловались своему министру, что, во время пребыванія своего тамъ, Вильгельмъ II замучилъ ихъ зрѣлищами. Хроническое страданіе уха хотя и не имѣетъ опаснаго характера, но причиняетъ ему не мало безпокойства. Онъ часто страдаетъ изъ за него безсонницею и когда не можетъ спать, то пишетъ или будитъ своихъ офицеровъ и производитъ тревогу въ гарнизонахъ по ночамъ. Безпокойная жажда дѣятельности, пылкое воображеніе, опасное краснорѣчіе, которымъ онъ не умѣетъ управлять—вотъ главныя черты, характеризующія его нервный темпераментъ. Къ нѣкоторымъ вліяніямъ онъ необыкновенно чувствителенъ; нравъ его необыкновенно измѣчивъ. Хотя Вильгельмъ II проповѣдуетъ культъ Фридриха Великаго, но въ одномъ онъ не подражаетъ ему въ равнодушіи, съ которымъ Фридрихъ Великій относился ко всему, что писалось про него. Вильгельмъ II наоборотъ: подобно дебютанту, онъ чувствителенъ ко всему, что говорится про него въ газетахъ, нѣмецкихъ и иностранныхъ, и не разъ уже отзывался о журналистахъ съ ненавистью. Одна изъ главныхъ чертъ характера Вильгельма II—его любовь къ перемѣнамъ. Измѣчиво также его отношеніе къ другимъ европейскимъ державамъ. Вкусы Вильгельма II довольно возвышенныя. Онъ глубоко религіозенъ; но хотя и былъ раньше ученикомъ Штекера, онъ никогда не былъ фанатикомъ. Въ началѣ своего царствованія, Вильгельмъ II принялъ опасный девизъ: *Oderint, dum metui ant* (пусть меня ненавидятъ, но пусть меня боятся); но послѣ берлинской конференціи онъ говорилъ уже, что больше всего желаетъ, чтобы его любили. (*Русская жизнь*, 1892, 3).

Редакціей получены слѣдующія книги:

Проф. В. К. Случевскій, Учебникъ русскаго уголовного права, 1892.—Д-ръ В. В. Святловскій, Вопросы общественнаго здоровья, 1891.—Проф. Н. Ф. Сумцовъ, Писанки.—Эйхгорстъ, Болѣзни нервовъ, 1891.—Д-ръ В. В. Святловскій, Фабричная гигиена, 1891.—Prof. Bianchi, Contribuzione alla terapia chirurgica nelle malattie mentale, 1891.—Д-ръ Э. Ф. Беллинъ, Экспертиза по дѣлу объ отравленіи Ростовскаго почетнаго гражданина Н. Максименко.—Э. Ф. Беллинъ, Судебно-медицинское значеніе омыленія труповъ — образованія въ нихъ жировоска.—Prof. Obersteiner, Anleitung beim studium des Baues Nervösen Centralorgane im gesunden und kranken Zustande, 1892.—Prof. Bechterew und N. Mislawski, Ueber die Innervation und die Hirncentren der Thränenabsonderung.—Prof. Nothnagel, Ueber die Grenzen der Heilkunst, 1891.—Dr. Belot, De la pneumotherapie, 1891.—Проф. Н. А. Оболенскій, Къ судебно-медицинской діагностикѣ. — Краткій отчетъ о дѣятельности судебно-медицинскаго кабинета университета Св. Владиміра за 1889 г. — Д-ръ Игнатовскій, Къ вопросу о причинахъ смерти при повѣшеніи.—Проф. А. Я. Данилевскій, Работы изъ физиолого-химической лабораторіи, 1891.—Проф. Г. А. Захарьинъ, Ueber die Behandlung der Tuberculose mit Tuberculin. — Проф. Г. А. Захарьинъ, Weitere Mittheilungen über die Anwendung des Calomel bei Erkrankungen der Gallenwege.—Dr. Mercier, On the weight of the brain in the insane, with reference to the hemispheres, lobes, brain—stem and cerebellum, 1891.—Проф. Н. М. Поповъ, Къ патологической анатоміи идиотизма.—Проф. Н. М. Поповъ, Къ казуистикѣ послѣдугарныхъ гемиплегій.—Проф. М. Ф. Поповъ, Введеніе въ курсъ судебной медицины, 1891.—Vergillon, О внушеніяхъ и примѣненіяхъ ихъ къ педагогикѣ, переводъ Кондратовскаго.—Проф. Бехтеревъ и проф. Миславскій, О мозговыхъ центрахъ движеній влагаллица у животныхъ.—Prof. Bechterew und Mislawski, Ueber die Hirncentren der Scheidenbewegungen bei thieren.—Dr. Roubinowitch, Sur le sulfonal chez les alienes.—Проф. А. Подрезъ, Къ вопросу о предѣлахъ чревоущеченія при перитонитахъ, 1891.—Проф. Дервицкій, О началѣ историко-литературныхъ занятій въ древней Греціи.—Dr. Werner, Die Papapoja.—Медицинскій отчетъ за 1890 г. по лечебницѣ душевно-больныхъ Тамбовскаго земства, 1891.—Открытое письмо доктора С. А. Смирнова проф. Богословскому.—Проф. Ф. А. Патенко, Химическая экспертиза въ уголовномъ процессѣ.—М. М. Мюнъ, Чего требуютъ душевно-больные?—Проф. О. И. Пастернацкій, Кисловодскъ и его лечебныя средства, 1891.

Дозволено цензурою. Харьковъ, 21-го Января 1892 года.
Цензоръ період. изд. *Нилъ Савицкій.*

Dr Féré, Одностороннія мускульныя уклоненія у эпилептика, 134.—*Dr Toulouse*, Сенильная меланхолія у женщинъ, 135.—*Dr Guilemin*, Ремиссія при общемъ параличѣ, 135.—*Dr Klippel*, Пораженія печени при общемъ параличѣ, 135.—*Dr Dagonet*, Умственное разстройство у дегенератовъ, 136.—*Dr Bourneville* и *Sollier*, Типоуміе и половыя побужденія, 136.—*Prof. Möbius*, Базедова болѣзнь, 136.—*Prof. Mendel*, Патологическая анатомія Базедовой болѣзни, 137.—*Dr Bruns*, Признакъ Грефе и Базедова болѣзнь, 138.—*Dr Erlenmeyer*, Врожденный сифилисъ мозга и эпилепсія, 138.—*Dr Moeli*, Сифилисъ нервной системы, 139.—*Dr Marinesco*, Siphilis cerebralis, 139.—*Dr Goldstein*, Аахенскія воды и леченіе нервной системы, 139.—*Dr Vildermuth*, Признаніе эпилептиковъ, 140.—*Dr Sarbo*, Истерическая лихорадка, 140.—*Dr Moravcsik*, Истерическое помѣшательство, 140.—*Dr Krömer*, Патологическая анатомія хорей, 141.—*Dr Dreves*, Прогрессивная хроническая хорей, 141.—*Dr Schönberg*, Кивательная судорга, 141.—*Dr Holm*, Периодическое галлюцинаторное безсмысліе, 142.—*Dr Wolsem*, Пуэрепальный психозъ, 143.—*Dr Schenthal*, Острое галлюцинаторное сумашествіе, 143.—*Prof. Salgo*, Способъ развитія общаго паралича, 144.—*Prof. Fürstner*, Периферическій нейритъ при общемъ параличѣ, 144.—*Dr Hoche*, Состояніе корешковъ спинныхъ нервовъ вообще и при общемъ параличѣ, 144.—*Dr Kölliker*, Тончайшее строеніе продолговатаго мозга, 145.—*Dr Grabe*, Пищеварительная дѣятельность желудка у дѣшувно-больныхъ, 145.—*Dr Hebold*, Гнѣзныя заболѣванія putamen nucleus lenticularis, 146.—*Dr Schleisinger*, О тетаніи, 146.—*Dr Chvotek*, Чувствительные нервы при тетаніи, 146.—*Dr Morel* и *Kurella*, Сообщенія по криминальной антропологіи, 147.—*Dr Gowers*, Руководство по нервнымъ болѣзнямъ, 147.—*Dr Bannister*, Статистическія данныя относительно общаго паралича, 147.—*Dr Wilson*, Діатезъ общаго паралича, 148.—*Dr Tomlinson*, Причины общаго паралича, 149.—*Dr Richardson*, Церебро-спинальная ось какъ термальный центръ и воляная сила, 149.—*Dr Mc Cann*, Chorea gravidarum, 150.—*Dr Browning*, Неравенство зрачковъ эпилептиковъ и анизокорія, 150.—Смѣсь, 151.

ТОЛЬКО ЧТО ВЫШЛА И ПРОДАЕТСЯ КНИГА:

Проф. П. И. Ковалевскій.

„ПСИХІАТРИЧЕСКІЕ ЭСКИЗЫ“.

Людвигъ II, король Баварскій.—Навуходоносоръ, царь Вавилонскій.—Саулъ, царь Израилевъ.—Камбизъ, царь Персидскій. 1892.

Цѣна 1 рубль.

Вырученныя деньги идутъ въ пользу пострадавшихъ отъ неурожая въ 1891 году.

Dr Baierlacher.

ЛЕЧЕНІЕ ВНУШЕНІЕМЪ.

Цѣна 50 к.

Въ редакціи „Архивъ психіатріи, неврологіи и судебной психопатологіи“.

Ново-Чернышевская № 1.

МОЖНО ИМѢТЬ СЛѢДУЮЩІЯ КНИГИ:

Проф. П. И. Ковалевскій, *Психіатрическіе эскизы изъ исторіи*. 1892. Ц. 2 р.

Компендіумъ нервныхъ и душевныхъ болѣзней, 1891 г. Ц. 1 р. 25 к.

Сифилисъ мозга и его лечение, 1891 Ц. 1 р.

Лечение душевныхъ и нервныхъ болѣзней. Изд. 2-е. Ц. 2 р.

Эпилепсія, 1889. Ц. 1 р.

Хорея и хореическое сумашествіе, 1890. Ц. 50 к.

Пьянство, его причины и лечение. Изд. 2, 1889. Ц. 50 к.

Основы механизма душевной дѣят. Изд. 2-е исправ. и дополн. Ц. 1 р.

Положеніе душевно-болѣзныхъ въ Россійской Имперіи. Ц. 50 к.

Психіатрія, 2 т. I т.—общая психопатологія, II-й т.—спеціальная психіатрія. Изд. 4-е. Ц. 4 р. 1891.

Судебно-психіатрическіе анализы (для медиковъ и юристовъ) 2-й т., изд. 2-е. Ц. 4 р. 50 к.

Первичное помѣшательство (для медиковъ и юристовъ). Ц. 1 р. 50 к.

Prof. Meunert, *Клиническія лекціи по психіатріи*, пер. К. Н. Ковалевской, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1890. Ц. 1 р. 50 к.

Dr. Morel, *Электротерапія при душевныхъ болѣзняхъ*, перев. А. Н. Герстфельдъ. 1889. Ц. 40 к.

Prof. Binswanger, *Сумашествіе и преступленіе*. Перев. А. Н. Герстфельдъ и О. Н. Герстфельдъ, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго, 1889. Ц. 30 к.

Kerr, *Пьянство, его причины, лечение и судебно-медицинское значеніе*. Пер. К. Н. Ковалевской и М. Е. Ліона, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго, 1889 г. Ц. 2 р.

Dr. Löwenfeld. *Современные способы леченія истеріи и нейрастеніи*. Перев. Н. И. Мухина подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. 1889 г. Ц. 1 р.

Richet, *Истерио-эпилепсія*. Перев. подъ редакц. проф. Ковалевскаго, съ 180 рис. Ц. 5 р.

Выписывающіе всѣ эти книги изъ редакціи „Архива психіатріи“ за пересылку ничего не платятъ.

Студенты кромѣ того пользуются уступкою отъ 20 до 50%.

Dr Cullere, *Границы сумашествія (Les frontières de la folie)*. Перев. К. Н. Ковалевской и Е. Н. Герстфельдъ, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго 1889. Ц. 1 р. 50 к.

Dr Cullere, *Гигіена нервныхъ людей и нейропатологъ*. Пер. К. Н. Ковалевской, подъ ред. проф. Ковалевскаго. 1888 г. Ц. 1 р. 50 к.

Remak, *Электродиагностика и электротерапія*. Переводъ К. Н. Ковалевской, подъ редакц. П. И. Ковалевскаго. 1888 г. Ц. 1 р.

Scholz, *Диететика духа*. Пер. К. Н. Ковалевской и Е. Н. Герстфельдъ, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. 1888 г. Ц. 1 р. 50 к.

Wigton Bramwell, *Болѣзнь спинного мозга*. Пер. М. А. Шулгина, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 5 р.

Meunert, *Психіатрія*. Переводъ М. Е. Ліона, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго Ц. 3 р.

Prof. Gowers, *Болѣзни головного мозга* пер. А. А. Говсѣева, подъ редакціей проф. Ковалевскаго. Ц. 1 р. 50 к.

Prof. Charcot, *Лекціи по нервнымъ болѣзнямъ*. Перев. подъ редакціей проф. Ковалевскаго. Ц. 1 р.

Hammond, *Половое безсиліе у мужчинъ*. Пер. А. А. Говсѣева, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. Изд. 2-е, дополненное стат. Prof. Uitzmann'a: объ онанизмѣ, безмыдіи, полиціиѣ и др. Ц. 2 р.

Thudichum, *Физиологическая химія головного мозга*. Переводъ М. Е. Ліона. Ц. 2 р.

Robert von Pfungen, *О разстройствѣхъ ассоціацій*. Перев. М. Е. Ліона. Ц. 1 р.

Dr Pierson, *Компендіумъ нервныхъ болѣзней*. Переводъ Н. И. Мухина подъ редакціей П. И. Ковалевскаго. Въ изящномъ переплетѣ. 1889 г. Ц. 1 руб. 50 коп.

MAY 17 1892

WORCESTER, MASS.

ГОДЪ ДЕСАТЫЙ.

1892.

ТОМЪ XIX—№ 3.

АРХИВЪ ПСИХІАТРИИ, НЕЙРОЛОГИИ

И

СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ,

издаваемый подъ редакціей П. И. Кованевскаго,

проф. психіатрии и нервныхъ болѣзней при Харьк. университетѣ.

Въ журналѣ принимаютъ участіе:

В. М. Автократовъ (Кіевъ), Э. И. Андрузскій (Одесса), Д. Д. Ахшарумовъ (Рига), Н. Н. Баженовъ (Москва), проф. В. М. Бехтеревъ (Казань), В. А. Брянецъ (Иркутскъ), С. А. Бѣляковъ (Петербургъ), Я. А. Боткинъ (Казань), М. С. Буба (Смоленскъ), Н. А. Бухаловъ (Казань), Н. М. Васильевъ (Харьковъ), В. Н. Васятинъ (Казань), П. А. Викторовскій (Варшава), Я. В. Гиршонъ (Курскъ), З. В. Гутниковъ (Москва), А. А. Говѣвъ (Екатеринославъ), В. О. Галенко (Умань), А. М. Головина (Болгарія), А. Р. Грунау (Екатеринославъ), В. К. Дидрихсонъ (Харьковъ), А. П. Драгомановъ (Петербургъ), Д. А. Дриль (Москва), М. В. Игнатьевъ (Могилевъ), Н. Н. Ковалевская (Харьковъ), С. С. Корсаковъ (Москва), Е. И. Компанѣйская-Новаленская (Петербургъ), М. О. Колесниковъ (Кіевъ), Н. П. Наменевъ (Тула), Д. В. Кунлярскій (Могилевъ), П. Н. Лашенно (Харьковъ), Мальшинъ (Москва), Н. А. Миславскій (Казань), Н. И. Мухинъ (Харьковъ), Д. І. Орбели, (Тифлисъ), И. Я. Платоновъ (Харьковъ), П. П. Платовъ (Харьковъ), проф. Н. М. Поповъ (Варшава), М. Н. Поповъ (Харьковъ), Д. И. Поляновъ (Харьковъ), Г. И. Раевскій (Симферополь), М. И. Рудовъ (Новочеркасскъ), В. Сербскій (Москва), М. Б. Слуцкій (Кишиневъ), С. Н. Совѣтовъ (Владиміръ), В. В. Соколовъ (Казань), Н. П. Сулима (Ямполь), А. Тельнихинъ (Саратовъ), А. В. Тимошеевъ (Петербургъ), В. А. Тихомировъ (Харьковъ), А. А. Тонарскій (Москва), А. Толоконниковъ (Ярославль), П. А. Троицкій (Варшава), В. Д. Троновъ (Нижній-Новгородъ), Я. Я. Трутовскій (Харьковъ), М. И. Федоровъ (Одесса), Проф. В. Ф. Чижъ (Дерптъ), І. Б. Шергандъ (Орелъ), С. И. Штейнбергъ (Саратовъ), А. А. Яковлевъ (Новгородъ) и друг.

Подписная цѣна 6 р., экзemplары 1885, 86, 87, 88, 89, 90 и 91 гг. по 4 р.,—1884—10 р.; подписка принимается въ Харьковѣ, Ново-Чернышевская ул., № 1.

Харьковъ, Типографія И. М. Варшавчика. Николаевская ул. № 1.

ОГЛАВЛЕНІЕ.

	Стр.
Др. Н. И. Мухинъ , Къ учению о гистологическомъ строении продолговатаго мозга	1.
Проф. П. И. Ковалевскій , Астазія-абазія	38.
Др. В. А. Тихомировъ , Клиническіе матеріалы по сифилису мозга	51.
Др. А. П. Драгомановъ , Варшавская лечебница и колонія для душевно больныхъ	83.
Проф. П. И. Ковалевскій , Эпилепсія.	88.
Др. В. А. Тимофеевъ , О леченіи душевно-больныхъ въ кровати	117.
Библіографія: <i>Проф. Я. А. Анфиловъ</i> , Къ вопросу о болѣзни Morgan'a 129.— <i>Др. Я. Я. Трутовскій</i> , Къ учению о dementia paralytica syphilitica, 129.— <i>Др. В. И. Яковенко</i> , Прозкъ постройки психиатрической больницы и колоніи, 130.— <i>Др. Поляковъ</i> , Разрывъ печени во время припадка эпилепсіи, 130.— <i>Dr Venturi</i> , Множественное видѣніе предметовъ, 130.— <i>Dr Pellegrini</i> , Слуховая чувствительность и слуховая способность различенія разстоянія у сумашедшихъ,—131.— <i>Dr Tommini</i> , Основа галлюцинаціи, 131.— <i>Dr Mariani</i> , Одностороннія галлюцинаціи,—131.— <i>Pellegrini</i> , Понятіе о количествѣ и разстояніи у сумашедшихъ, 132.— <i>Dr Zucarelli</i> , Насильственные представленія въ симптоматологіи старческаго слабоумія, 132.— <i>Dr Venanzio</i> , Teratofobia, 133.— <i>Dr Ellero</i> , Necrofobia, 133.— <i>Dr Belloni</i> , Agorafobia et claustrofobia при неврастеніи, 133.— <i>Dr Verga</i> , Случай наклонности къ бродяжничеству, 134.— <i>Dr Colella</i> , О происхожденіи эпилепсіи отъ раненій спинного мозга, 134.— <i>Dr Petrazzani e Vassale</i> , Пораженіе спинного мозга при слабоуміи, 134.— <i>Dr Luzenberger</i> , Объ аномаліи зубовъ у сумашедшихъ и неврастениковъ, 135.— <i>Dr Gucci</i> , Объ особомъ измѣненіи дыханія въ активной меланхоліи, 135.— <i>Dr Luciani</i> , Мозжечокъ, 136.— <i>Dr Borgherini e Gallerani</i> , Дѣятельность мозжечка, 136.— <i>Dr Frigerio</i> , Психозы отъ травматической причины, 136.— <i>Dr Pierracini</i> , Случай психопатіи при раннемъ сифилисѣ, 137.— <i>Dr Marcochi ed Antonini</i> , Зависимость между зобомъ и сумашествіемъ, 137.— <i>Dr Gonzales</i> , Травма и сумашествіе, 137.— <i>Dr Riggi</i> , Миазматическая инфекція и сумашествіе, 138.— <i>Dr Roscioli</i> , О кровяномъ давленіи при прогрессивномъ параличѣ, 138.— <i>Dr D'Abundo</i> , О ядовитости сыворотки крови душевно-больныхъ, 138.— <i>Dr Bernardini e de Sarlo</i> , Изслѣдованіе церебральнаго кровообращенія во время психической дѣятельности, 139.— <i>Dr Tamassia</i> , О притворствѣ сумашествія, 140.— <i>Dr Ellero</i> , Подѣлка преступленія вслѣдствіе самовнушенія, 141.— <i>Dr Mairet et Bosc</i> , Психическое расстройство вслѣдствіе расстройства питанія, 141.— <i>Dr Boeteau</i> , Трофическія расстройства при душевныхъ болѣзняхъ, 142.— <i>Dr Cullerre</i> , О внезапной смерти въ связи съ нейропатическомъ наслѣдственностью, 142.— <i>Dr Nicoulau</i> , Танатофобія и самоубійство, 143.— <i>Dr Mairet</i> , Лечение эпилепсіи борной содой, 143.— <i>Dr Féré</i> , Эпилепсія и выпаденіе волосъ 143.— <i>Dr Fournier</i> , Истеріи при сифилисѣ, 144.— <i>Dr Comby</i> , Излечимость сифилитическаго псевдопаралича у новорожденныхъ, 144.— <i>Prof Charcot</i> , Юношескіи об-	

(Изъ лабораторіи проф. Н. К. Кульчицкаго).

Къ ученію о гистологическомъ строеніи продолговатаго мозга.

Н. Мухинъ.

II.

Исходнымъ пунктомъ нижеслѣдующаго описанія послужитъ поперечный разрѣзъ продолговатаго мозга, взятый приблизительно на уровнѣ границы между средней и верхней третью ядра подъязычнаго нерва.

Нижняя олива достигаетъ въ этой области своего наибольшаго развитія и представляется въ видѣ дугообразной пластинки сѣраго вещества со значительнымъ числомъ изгибовъ. Обѣ такъ называемыя прибавочныя оливы также значительно развиты. Между передней прибавочной оливой (ядромъ пирамиды) и hilus нижней оливы видны компактные пучки нервныхъ волоконъ, идущихъ сзади напередъ и нѣсколько изнутри кнаружи черезъ весь поперечникъ продолговатаго мозга — корешковые пучки подъязычнаго нерва. Кзади и нѣсколько кнаружи отъ задней прибавочной оливы между продольными пучками formationis reticularis griseae и внутренними дугообразными волокнами послѣдней обособляется небольшой участокъ сѣраго вещества, состоящій изъ скопленія большихъ мультиполярныхъ клѣтокъ — nucleus ambiguus. Кнаружи отъ послѣдняго, отдѣленный отъ него небольшимъ участкомъ сѣтевидной формации, лежитъ неправильно округленный участокъ, занятый гелятинознымъ веществомъ — остаткомъ задняго рога спинного мозга, сопровождающимъ восходящій корешокъ тройничнаго нерва и почти совершенно закрытымъ на описываемомъ уровнѣ пучками дугообразныхъ волоконъ. Восходящій корешокъ тройничнаго нерва прилежитъ къ наружной поверхности гелятинознаго вещества въ видѣ значительнаго, полулуннаго на поперечномъ разрѣзѣ пучка продольныхъ нервныхъ воло-

конъ. Тотчасъ кзади отъ послѣдняго лежитъ объемистая масса corporis testiformis. Дорзальная часть поперечнаго разрѣза занята центральнымъ сѣрымъ веществомъ или сѣрымъ веществомъ дна четвертаго желудочка.

Послѣднее на этомъ уровнѣ имѣетъ приблизительно треугольную форму. Одна сторона, наиболѣе длинная этого треугольника въ видѣ изогнутой линіи тянется по свободной поверхности дна четвертаго желудочка, другая ограничиваетъ сѣрое вещество отъ задняго продольнаго пучка и сѣтевидной формации, третья же, наиболѣе короткая, отдѣляетъ сѣрое вещество отъ внутренняго отдѣла нижней мозжечковой ножки. Собственно кнаружи отъ послѣдняго, между нимъ и веществомъ corporis testiformis, также находится участокъ сѣраго вещества, такъ называемое наружное ядро п. acustici, но его нельзя считать уже частью центрального сѣраго вещества, такъ какъ оно развивается на мѣстѣ ядеръ нѣжнаго и клиновиднаго канатиковъ—образований, какъ известно, совершенно отдѣльныхъ отъ центрального сѣраго вещества спинного мозга.

Тупой передній уголъ треугольника занятъ овальнымъ на поперечномъ разрѣзѣ пучкомъ продольныхъ нервныхъ волоконъ—солитарнымъ пучкомъ (Stilling), латеральный же уголъ его занятъ такъ называемымъ внутреннимъ (Meunert) ядромъ п. acustici. Въ медиальномъ углѣ треугольника лежитъ обособленная, почти круглая на поперечномъ разрѣзѣ группа большихъ мультиполярныхъ нервныхъ клѣтокъ, представляющая ядро подъязычнаго нерва. Медиально и нѣсколько кзади отъ него, между нимъ и ближайшей къ гарне частью эпендимы четвертаго желудочка виденъ маленькій, на гематоксилиновыхъ препаратахъ темно окрашенный овальный участокъ съ осью, лежащей косо спереди и изнутри кзади и кнаружи, представляющій поперечный разрѣзъ пучка тонкихъ продольныхъ волоконъ. Отъ этого пучка по дорзальной границѣ ядра hypoglossi можно замѣтить рядъ отдѣльныхъ, не тѣсно прилегающихъ другъ къ другу поперечныхъ сѣзовъ такихъ-же тонкихъ волоконъ, изъ какихъ состоитъ и самый пучекъ.

Такой рядъ тянется до другого пучка поперечно перерѣзанныхъ продольныхъ волоконъ, лежащаго кнаружи и кзади отъ ядра подъязычнаго нерва. Послѣдній пучекъ на поперечномъ разрѣзѣ значительно больше перваго, имѣетъ неправильно полулунную форму съ выпуклостью, обращен-

ной кзади; но отдѣльныя волокна расположены не такъ густо, какъ въ первомъ пучкѣ, и вслѣдствіе этого пучекъ представляется на гематоксилиновыхъ препаратахъ окрашеннымъ болѣе свѣтло. Оба пучка продольныхъ волоконъ, соединенные такимъ образомъ тонкимъ слоемъ такихъ-же волоконъ, лежащимъ дорзально отъ ядра подъязычнаго нерва, представляютъ одно образованіе, на которое раньше указывали Koss и Obersteiner и которое недавно описано Schütz'омъ подъ именемъ «дорзальнаго продольнаго пучка». Въ немъ мы, такимъ образомъ, должны отличать на описываемомъ уровнѣ двѣ части: внутреннюю и наружную.

Непосредственно впереди отъ наружной части дорзальнаго продольнаго пучка лежитъ округленный, хорошо ограниченный участокъ сѣраго вещества, состоящій изъ густой сѣти нервныхъ волоконъ, въ петляхъ которой кромѣ элементовъ нейроглии ясно видны нервныя клѣтки. Этотъ участокъ сзади, какъ сказано, граничитъ съ наружной частью дорзальнаго продольнаго пучка и при томъ такъ, что входящія въ составъ его нервныя клѣтки не исчезаютъ на границѣ его съ пучкомъ, но попадаютъ на нѣкоторомъ разстояніи между волокнами пучка. Изнутри онъ прилежитъ къ наружной поверхности ядра подъязычнаго нерва, нѣсколько не достигая до передняго конца послѣдней; снаружн отъ него лежитъ свѣтлый на гематоксилиновыхъ препаратахъ участокъ ядра п. vagi, впереди—самыя заднія дугообразныя волокна сѣтевидной формациі.

Это тотъ именно участокъ, который, какъ выше сказано, описанъ Clarke'омъ (см. его рис. 38 Pl. XI, въ Philosoph. Trans. 1868 г.) подъ именемъ *fasciculus teres*, Meynert'омъ подъ именемъ *eminentia teres* и Kahler'омъ изображенъ довольно точно на рис. 67 подъ буквами *et*. По вышеуказаннымъ причинамъ я предпочитаю для него названіе дорзальнаго ядра. Изучая ближе строеніе этого ядра, легко замѣтить уже при среднихъ увеличеніяхъ (obj. E. Zeiss'a), что клѣтки, входящія въ его составъ, двоякаго рода. Однѣ большаго размѣра (1) приблизительно въ $1\frac{1}{2}$ раза меньше клѣтокъ рядомъ лежащаго ядра п. hypoglossi. Онѣ веретенообразной формы, съ ясно замѣтнымъ большимъ свѣтлымъ ядромъ большею частью овальной формы, расположеннымъ нѣсколько эксцентрично относительно тѣла клѣтки и въ центрѣ содержащимъ темное ядрышко. Иногда одна сторона овала клѣтки является болѣе выпуклой, чѣмъ дру-

гая, и тогда клѣтка получаетъ форму, приближающуюся къ формѣ реторты. Клѣтки имѣютъ обыкновенно два отростка, отходящихъ отъ противоположныхъ полюсовъ овала клѣтки и скоро теряющихся въ окружающей волоконной сѣти. Оси клѣтокъ расположены не всегда въ одномъ направленіи, но все же можно замѣтить, что въ расположеніи ихъ преобладаетъ дорзо-вентральное направленіе. На нѣкоторыхъ препаратахъ изъ описываемой области въ латеральной половинѣ дорзальнаго ядра можно видѣть отдѣльную, круглую на поперечномъ разрѣзѣ группу такихъ-же тѣсно скученныхъ клѣтокъ, въ которой не замѣтно густой сѣти мякотныхъ нервныхъ волоконъ, пронизывающей все ядро. Клѣтки другого рода, входящія въ составъ дорзальнаго ядра, приблизительно вдвое меньше предыдущихъ. Форма ихъ также большею частью веретенообразная, внутри клѣтки замѣтно небольшое ядро круглой формы, болѣе свѣтлое, чѣмъ окружающая протоплазма, съ ядрышкомъ въ центрѣ. Относительный размѣръ ядра въ сравненіи съ величиной тѣла въ этихъ клѣткахъ меньше, чѣмъ въ предыдущихъ. Два отростка клѣтки отходятъ отъ противоположныхъ полюсовъ ея обыкновенно въ направленіи оси клѣтки. Последнія, какъ и въ первыхъ клѣткахъ, не имѣютъ какого либо одного, постоянного направленія, но особенно часто попадаются клѣтки съ осью, направленной изнутри и сзади книзу и впередъ.

На описываемомъ уровнѣ поперечнаго разрѣза ядра особенно рѣзко выдается одинъ, входящій въ него пучекъ волоконъ. Это именно есть тотъ «дугообразный пучекъ волоконъ, который ограничиваетъ снаружи и спереди ядро п. hypoglossi и принадлежитъ уже бѣлому веществу *medullae oblongatae*, представляя самую заднюю часть системы ея поперечныхъ волоконъ» ¹⁾. Выходя изъ наиболѣе дорзальной части *ganglion*, пучекъ этотъ круто заворачиваетъ въ сторону и идетъ по вентральной периферіи ядра п. hypoglossi. По Gerlach'у волокна этого пучка выходятъ большею частью изъ наружной периферіи ядра п. hypoglossi, часть же ихъ относится къ ядру пп. *vagi* и *accessorii*. Но на моихъ препаратахъ ясно видно, что этотъ пучекъ, прои-

¹⁾ Gerlach, Ueber die Kreuzungsverhältnisse in dem centralen Verlaufe des Nerv. hypoglossus. Zeitschr. f. ration. Medic. Bd. 34.

дя мимо всей вентральной периферіи ядра п. hypoglossi, большю своею частью заворачивается нѣсколько въ дорзальномъ направленіи, подходя къ передней границѣ дорзальнаго ядра и здѣсь волокна его разсыпаются красивой кистью, входя въ самое ядро и теряясь въ волоконной сѣти послѣдняго.

Меньшая часть волоконъ этого пучка проходитъ далѣе мимо дорзальнаго ядра и, повидимому, переходитъ частью въ корешки п. vagi, представляя его медіальныя корешковые волокна (Meunert), частью въ дугообразныя волокна слуховаго нерва. Очень можетъ статья, что въ пучкѣ находятся и волокна, входящія въ ядро п. hypoglossi во время прохожденія пучка мимо этого ядра, но я не могъ установить этого съ достаточной ясностью.

Откуда идутъ описанныя волокна дорзальнаго ядра, какъ они попадаютъ въ garhe, мнѣ не удалось прослѣдить. Я могу лишь утверждать, что въ garhe они перекрещиваются съ такими же волокнами другой стороны и не переходятъ въ корешковые волокна; но проходятъ ли они въ garhe въ видѣ fibrae rectae его до слоя петли, или ихъ можно прослѣдить еще далѣе впередъ, до пирамидъ, я не могу сказать съ достаточной увѣренностью.

На этомъ-же уровнѣ, но болѣе ясно нѣсколько выше, когда ядро п. hypoglossi уже нѣсколько уменьшилось въ объемѣ, на границѣ между послѣднимъ и дорзальнымъ ядромъ, появляется небольшой пучекъ очень тонкихъ мякотныхъ волоконъ, направляющихся сзади и изнутри къпереди и кънаружи. Проходя какъ разъ по границѣ двухъ вышеуказанныхъ ядеръ и у передняго конца ея перекрещиваясь съ волокнами предъидущаго пучка, пучекъ этотъ способствуетъ полному отдѣленію ядра hypoglossi отъ дорзальнаго ядра на описываемомъ уровнѣ. Подходя къ дорзальнымъ частямъ formationis reticularis, волокна пучка нѣсколько раздвигаются другъ отъ друга и входятъ въ сѣтевидную формацию въ видѣ радіальныхъ волоконъ послѣдней. Кзади ихъ легко удастся прослѣдить до того компактнаго пучка продольныхъ волоконъ, который лежитъ въ дорзомедіальномъ направленіи отъ ядра п. hypoglossi у медіальной борозды, т. е. до внутренней части дорзальнаго продольнаго пучка Schütz'a. Поэтому описываемый пучекъ представляетъ, надо думать, пучекъ упоминаемыхъ Schütz'омъ радіальныхъ волоконъ сѣтевидной формации, выходящихъ изъ дорзальнаго продольнаго пучка.

Эти радиальныя волокна входят такимъ образомъ въ сѣтевидную формацию у медиальнаго края передней границы дорзальнаго ядра. Но на остальномъ протяженіи передней границы его также видны тончайшія волокна, которыя, выходя изъ ядра, тянутся вертикально впередъ также въ видѣ радиальныхъ волоконъ сѣтевидной формации. Объ этихъ радиальныхъ волокнахъ будетъ еще рѣчь впереди.

Наконецъ на этомъ-же уровнѣ, т. е. на границѣ верхней и средней трети ядра *p. hypoglossi* виденъ еще одинъ пучекъ волоконъ, имѣющихъ тѣсное отношеніе къ дорзальному ядру. Объ этомъ пучкѣ вскользь было уже упомянуто выше (см. литературный отдѣлъ) при описаніи 67 рисунка статьи Kahler'a. Отъ латеральной периферіи дорзальнаго ядра отходятъ многочисленныя тонкія мякотныя волокна, тотчасъ соединяющіяся въ компактный пучекъ, который затѣмъ тянется въ поперечномъ направленіи черезъ ядро *p. vagi*, на гематоксилиновыхъ препаратахъ рѣзко выдѣляясь своей темносиней окраской на желтомъ фонѣ ядра. Въ области этого ядра, недалеко отъ границы его съ внутреннимъ ядромъ *p. acustici* пучекъ обыкновенно дѣлится на двѣ части, большую заднюю и меньшую переднюю, которыя затѣмъ обѣ входятъ въ вещество внутреннего ядра *p. acustici* и теряются въ его волоконной сѣти. О пучкѣ волоконъ, соединяющемъ дорзальное ядро съ внутреннимъ ядромъ *p. acustici*, упоминаетъ Clarke, слова котораго объ этомъ приведены въ помѣщенномъ выше извлеченіи изъ его работы. На относящемся къ этому описанію рисункѣ (рис. 39 Pl. XI Phil. Trans. 1868 г.) изображена только внутренняя часть упоминаемаго Clarke'омъ дугообразнаго пучка волоконъ, поэтому трудно сказать, представляется ли онъ идентичнымъ съ описываемымъ мною пучкомъ. Протяженіе этого пучка по продольной оси продолговатаго мозга очень не велико, такъ что онъ можетъ быть легко просмотрѣнъ, если не изучать разрѣзы на непрерывномъ послѣдовательномъ рядѣ. О его нижнемъ и верхнемъ окончаніяхъ будетъ сказано ниже.

На болѣе высокихъ уровняхъ, когда ядро *p. hypoglossi* уже значительно уменьшилось въ объемѣ и является въ видѣ маленькой кругловатой группы характерныхъ большихъ мультиполярныхъ клѣтокъ, дорзально и нѣсколько медиально отъ него лежитъ тотъ-же компактный пучекъ продольныхъ волоконъ — внутренняя часть дорзальнаго продольнаго пучка Schütz'a, — который и ниже занимаетъ то-же

положеніе относительно ядра, но отъ *garhe* и эпендимы IV желудочка пучекъ этотъ отдѣляется рѣзко ограниченной овальной группой тѣсно скученныхъ веретенообразныхъ клѣтокъ — медиальнымъ ядромъ. Последнее собственно начинается уже на ниже разсмотрѣнномъ уровнѣ, но тамъ оно не представляется еще ясно ограниченнымъ, а состоитъ только изъ нѣсколькихъ клѣтокъ, разбросанныхъ на очень ограниченномъ пространствѣ между внутренней частью дорзальнаго продольнаго пучка и эпендимой. По направленію вверхъ число клѣтокъ его быстро увеличивается и онѣ собираются въ упомянутую рѣзко ограниченную овальную группу.

Тотчасъ снаружи къ ядру *n. hypoglossi* прилежитъ достигшее теперь значительнаго развитія дорзальное ядро. Въ то время, какъ на раньше описанномъ уровнѣ последнее рѣзко отдѣлялось отъ ядра *n. hypoglossi* описанными пучками волоконъ, главнымъ образомъ пучкомъ радіальныхъ волоконъ, выходящихъ изъ внутренней части дорзальнаго продольнаго пучка, на этомъ уровнѣ ядро *n. hypoglossi* и дорзальное ядро ничѣмъ не отдѣляются другъ отъ друга, боковые клѣтки ядра *n. hypoglossi* нерѣдко даже заходятъ на небольшое разстояніе въ вещество дорзальнаго ядра, а радіальныя волокна послѣдняго проходятъ черезъ ядро *n. hypoglossi*. Это зависитъ во первыхъ отъ прекращенія упомянутаго пучка радіальныхъ волоконъ и во вторыхъ отъ того, что передняя граница дорзальнаго ядра, раньше нѣсколько не доходившая до такой-же границы ядра *n. hypoglossi*, теперь, когда дорзальное ядро нѣсколько разрослось во всѣхъ направленіяхъ, лежитъ на одномъ уровнѣ съ послѣдней; поэтому волокна, выходящія изъ *garhe* и идущія къ передней границѣ дорзальнаго ядра, не заворачиваются дугами вокругъ передне-боковой части окружности ядра *n. hypoglossi* и не ограничиваютъ ее въ этомъ мѣстѣ. Эти волокна на описываемомъ уровнѣ тянутся въ нѣсколько меньшемъ количествѣ и не такимъ компактнымъ пучкомъ, какъ ниже. Но и здѣсь они составляютъ вентральную границу ядра *n. hypoglossi* и многія изъ нихъ попрежнему входятъ спереди въ дорзальное ядро.

На описываемомъ уровнѣ количество радіальныхъ волоконъ, выходящихъ изъ дорзальнаго ядра, увеличивается. Ихъ можно прослѣдить довольно далеко вглубь *formationis reticularis griseae*, но оканчиваются ли они въ заложенныхъ въ ней нервныхъ клѣткахъ, или заворачиваются между ними

и принимаютъ продольное направлѣніе, переходя въ продольные пучки сѣтевидной формаціи, я не могу рѣшить.

Пучекъ волоконъ, соединяющій дорзальное ядро съ внутреннимъ ядромъ п. *acustici*, перестаетъ быть сплошнымъ. На нѣкоторыхъ препаратахъ отъ него остаются только нѣсколько тонкихъ волоконецъ, тянущихся отъ послѣдняго ядра до середины ядра п. *vagi*; на другихъ-же онъ вновь является въ почти непрерывномъ видѣ, но толщина его здѣсь значительно меньше. Внутреннее ядро слухового нерва на описываемомъ уровнѣ замѣтно увеличилось въ поперечникѣ. главнымъ образомъ въ медіальномъ направленіи, а вслѣдствіе этого ядро п. *vagi* стало нѣсколько уже.

Изучая препараты вышележащихъ частей продолговатаго мозга, легко замѣтить, что внутреннее ядро п. *acustici* все болѣе разрастается въ томъ-же направленіи, приближаясь своею внутренней границей къ дорзальному ядру. Приблизившись вплотную къ послѣднему, внутреннее ядро п. *acustici* сливается съ нимъ вначалѣ своею заднею частью какъ разъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ къ дорзальному ядру прилежитъ наружная часть дорзальнаго продольнаго пучка Schütz'a. Волоконная сѣть ядра п. *acustici* переходитъ непосредственно въ сѣть дорзальнаго ядра, такъ что вначалѣ мѣсто слитія можно различить только по болѣе густому расположенію мягкотныхъ волоконъ на мѣстѣ дорзальнаго продольнаго пучка. Послѣднія въ этомъ мѣстѣ въ большемъ количествѣ измѣняютъ свое продольное направлѣніе, поворачиваютъ въ сторону и переходятъ въ волоконную сѣть внутреннего ядра п. *acustici*. Однако небольшое количество волоконъ его попрежнему сохраняютъ продольное направлѣніе. Во внутренней части дорзальнаго продольнаго пучка еще ниже происходятъ подобныя же измѣненія. При самомъ началѣ слитія внутреннего ядра п. *acustici* съ дорзальнымъ ядромъ большинство волоконъ этой части дорзальнаго продольнаго пучка измѣняетъ свое продольное направлѣніе: продольныя волокна постепенно поворачиваютъ кнаружи и, пройдя короткое протяженіе въ поперечномъ направленіи, теряются въ волоконной сѣти дорзальнаго ядра. Внутренняя часть дорзальнаго продольнаго пучка теряетъ свой прежній характеръ компактнаго пучка волоконъ и на ея мѣстѣ, какъ и на мѣстѣ наружной части пучка, остаются лишь отдѣльныя волокна, сохраняющія свое продольное направлѣніе. Но такая перемѣна направленія волоконъ совершается не сразу, а очень посте-

пенно, вслѣдствіе чего дорзальный продольный пучекъ и здѣсь легко узнается по болѣе густому расположенію волоконъ и слѣдовательно по болѣе темной окраскѣ на гематоксилиновыхъ препаратахъ. Ядро *n. vagi*, оттиснутое разросшимся внутреннимъ ядромъ *n. acustici* отъ свободной поверхности дна IV желудочка вглубь сѣраго вещества его и по мнѣнію большинства переходящее на этомъ уровнѣ въ ядро *n. glossopharyngei*, значительно уменьшается въ объемѣ и является въ видѣ небольшой кругловатой группы клѣтокъ, лежащей тотчасъ кзади и кнутри отъ солитарнаго пучка и пронизанной рядомъ дугообразныхъ волоконъ, относящихся къ *n. acusticus*.

На уровнѣ закончившагося слитія внутреннего ядра *n. acustici* съ дорзальнымъ ядромъ сѣрое вещество дна IV желудочка имѣетъ слѣдующій видъ.

Непосредственно подъ эпендимой лежатъ мякотные пучки начавшихся здѣсь *striae medullares* (*stm*). Кпереди отъ нихъ у самой медіальной борозды помѣщается овальная, хорошо ограниченная группа клѣтокъ—медіальное ядро, достигающее на этомъ уровнѣ уже значительнаго развитія. Кнаружи отъ него все сѣрое дно занято однородной массой, состоящей изъ нейроглии, многочисленныхъ нервныхъ клѣтокъ и густой сѣти нервныхъ волоконъ и почти всѣми авторами, какъ указано въ обзорѣ литературы, принимаемой за внутреннее ядро *n. acustici*. Однако мы видѣли, что внутренняя часть этой массы образуется дорзальнымъ ядромъ. Если считать всю описываемую массу дна IV желудочка за одно образованіе—внутреннее ядро *n. acustici*, то на основаніи излагаемаго изслѣдованія, какъ будетъ видно ниже, пришлось бы придти къ заключенію, что внутреннее ядро *n. acustici* вовсе не ограничивается тѣмъ протяженіемъ въ области продолговатаго мозга, какое приписывается ему въ настоящее время, но что оно, по крайней мѣрѣ медіальная его часть, начинается гораздо ниже въ продолговатомъ мозгу, именно еще въ области верхняго перекреста. Другими словами, пришлось бы отнести все дорзальное ядро, составляющее по направленію внизъ непосредственное продолженіе медіальной части описанной сѣрой массы дна IV желудочка, къ начальнымъ ядрамъ *n. acustici* ¹⁾.

¹⁾ По столько, по сколько къ таковымъ относится и внутреннее ядро *n. acustici*, о чемъ будетъ рѣчь впереди.

Въ дѣйствительности, хотя между указанными двумя ядрами происходитъ весьма тѣсное соприкосновеніе и, повидимому, обильный обмѣнъ волоконъ, все таки можно различить, гдѣ оканчивается одно и начинается другое, такъ что полного сліянія и перехода одного ядра въ другое на самомъ дѣлѣ не существуетъ.

Видимой границей между ними служить дугообразная линія, на которой сразу замѣтно болѣе густое расположеніе нервныхъ волоконъ, многія изъ которыхъ имѣютъ продольное направленіе. Этотъ слой нервовъ есть ничто иное, какъ остающійся на своемъ прежнемъ мѣстѣ дорзальный продольный пучекъ, и слѣдовательно часть повидимому однородной массы, лежащая медиально и впереди отъ него, представляетъ дорзальное ядро.

Ядро подъязычнаго нерва уже прекратилось на описываемомъ уровнѣ, только нѣсколько клѣтокъ, лежащихъ въ наиболѣе дорзальныхъ частяхъ сѣтевидной формации вблизи гарне, можно еще отнести къ его проксимальному концу. Ядро *n. glossopharyngei* еще больше уменьшилось, но остается лежать на вышеуказанномъ мѣстѣ. Волокна солитарнаго пучка группами заворачиваются въ сторону и впередъ и переходятъ въ выходящій корешокъ *n. glossopharyngei*.

Изъ волоконъ, входящихъ въ дорзальное ядро, на этомъ уровнѣ нѣтъ, конечно, пучка, раньше соединявшаго дорзальное ядро съ внутреннимъ ядромъ *n. acustici*, такъ какъ эти ядра тѣсно прилежатъ другъ къ другу. Другіе-же два рода волоконъ остаются. Изъ нихъ пучекъ, выходящій изъ гарне, какъ уже сказано, нѣсколько уменьшается въ объемъ и становится менѣе компактнымъ, при чемъ волокна его, выходя изъ гарне, скоро начинаютъ по одиночкѣ входить въ дорзальное ядро, занявшее здѣсь мѣсто ядра *n. hypoglossi*, на всемъ протяженіи его передней границы. Последняя на этомъ уровнѣ значительно длинѣе, чѣмъ была ниже, вслѣдствіе того, что дорзальное ядро здѣсь занимаетъ по направленію изнутри кнаружи почти все протяженіе, занятое раньше имъ и ядромъ *n. hypoglossi*.

Особенно многочисленны на этомъ уровнѣ выходящіе изъ ядра радіальные волокна. Изъ всей передней периферіи ядра, отъ гарне до ядра *n. glossopharyngei*, выходятъ многочисленные тонкія, слегка извитыя нервныя волокна, кото-

рыя тянутся вертикально впередъ въ сѣтевидную формацію. Объ отношеніи ихъ къ элементамъ послѣдней здѣсь можно повторить лишь сказанное выше.

Только что разсмотрѣнныя отношенія принадлежатъ послѣднимъ срѣзамъ продолговатаго мозга на границѣ его съ мостомъ.

Хотя мои изслѣдованія касаются собственно центрального сѣраго вещества продолговатаго мозга, но для выясненія важныхъ, по моему мнѣнію, отношеній дорзальнаго ядра къ внутренему ядру п. acustici, а также для проверки мнѣнія Clarke'a ¹⁾ о переходѣ его «fasciculus teres» въ ядро п. abducentis я долженъ разсмотрѣть нѣсколько срѣзовъ изъ нижняго отдѣла моста.

При появленіи на поперечныхъ разрѣзахъ первыхъ волоконъ моста, т. е. въ самыхъ дистальныхъ областяхъ послѣдняго, граница между дорзальнымъ ядромъ и внутреннимъ ядромъ п. acustici высту паетъ болѣе рѣзко, чѣмъ на ранѣе разсмотрѣнномъ уровнѣ, благодаря тому обстоятельству, что волоконная сѣть дорзальнаго ядра становится менѣе густой, между тѣмъ какъ количество волоконъ въ дорзальномъ продольномъ пучкѣ увеличивается, а густота волоконной сѣти внутренняго ядра п. acustici остается прежней.

Вслѣдствіе этого дорзальное ядро на описываемомъ уровнѣ отличается на гематоксилиновыхъ препаратахъ своей болѣе свѣтлой окраской и является въ видѣ довольно ясно ограниченной группы клѣтокъ, лежащей въ медіальной части сѣраго вещества дна IV желудочка. Группа имѣетъ овальную форму, при чемъ длинная ось овала располагается поперечно изнутри кнаружи. Передне-задній поперечникъ медіальной части сѣраго вещества дна, а слѣдовательно и дорзальнаго ядра, на этомъ уровнѣ нѣсколько меньше, чѣмъ на нижележащихъ уровняхъ, такъ какъ задній продольный пучекъ (fasciculus longitudinalis posterior) и заднія дугообразныя волокна сѣтевидной формаціи подвигаются здѣсь далѣе назадъ.

Съ средней, задней и отчасти боковой стороны дорзальное ядро ограничено слоемъ волоконъ дорзальнаго продольнаго пучка, который на этомъ уровнѣ становится вновь болѣе компактнымъ, но не дѣлится, какъ ниже, на внутреннюю и

¹⁾ См. выше.

наружную часть, а является въ видѣ довольно равномернаго слоя преимущественно продольныхъ нервныхъ волоконъ. Составъ ядра здѣсь остается такимъ-же, какъ и выше, только волоконная сѣть его, какъ сказано, менѣе густа и веретенообразныя клѣтки малаго размѣра встрѣчаются въ немъ значительно рѣже.

Кзади отъ дорзальнаго продольнаго пучка, между нимъ и эпендимой лежитъ слой волоконъ *striae medullares* у самой же медіальной борозды между этимъ слоемъ и дорзальнымъ продольнымъ пучкомъ вдвигается еще медіальное ядро, начавшее уже уменьшаться въ объемѣ.

Спереди дорзальное ядро граничитъ съ задними поперечными волокнами сѣтевидной формаци, посылая между ними поперечному многочисленнымъ радіальнымъ волокна, сбоку же оно отчасти непосредственно прилежитъ къ внутреннему ядру *p. acustici*, повидимому обмѣниваясь съ нимъ волокнами.

Въ такомъ видѣ дорзальное ядро продолжается дальше въ области моста до того уровня, на которомъ появляется ядро *p. abducentis*, не измѣняя своего относительнаго положенія и вида. При появленіи ядра *p. abducentis* вначалѣ на переднемъ краѣ границы между дорзальнымъ ядромъ и внутреннимъ ядромъ *p. acustici* появляется небольшое количество большихъ мультиполярныхъ клѣтокъ, не соединенныхъ въ ограниченную группу. На дальнѣйшемъ протяженіи вверхъ количество этихъ клѣтокъ быстро увеличивается, онѣ мало по малу соединяются въ большую круглую на поперечномъ разрѣзѣ группу, которая разрастается на границѣ между внутреннимъ ядромъ *p. acustici* и дорзальнымъ ядромъ, отгѣсняя послѣднее кзади и къ срединѣ.

Такимъ образомъ на описываемомъ уровнѣ строеніе дно IV желудочка имѣетъ слѣдующее строеніе. Тотчасъ подъ эпендимой у самой медіальной борозды лежитъ остатокъ сильно уменьшившагося медіальнаго ядра. Кпереди отъ него виденъ слой волоконъ дорзальнаго продольнаго пучка, который снаружи, внѣ области медіальнаго ядра граничитъ непосредственно съ эпендимой. Кпереднотъ медіальной половины послѣдняго помѣщается дорзальное ядро. Сжатое между дорзальнымъ продольнымъ пучкомъ и ядромъ *p. abducentis*, оно здѣсь уменьшается въ объемѣ, представляясь сравнительно небольшой треугольной группой. Кпереди оно граничитъ частью съ заднимъ отдѣломъ сѣтевидной формаци, частью съ ядромъ *p. abducentis*, латеральную границу его также со-

ставляетъ ядро *n. abducentis*. Мѣсто соединенія дорзальнаго ядра съ внутренимъ ядромъ *n. acustici* въ видѣ узкаго перешейка лежитъ прямокзади отъ ядра *n. abducentis*; въ немъ видны почти исключительно мякотныя нервныя волокна частью поперечно, частью косо перерѣзанныя, относящіяся къ дорзальному продольному пучку и представляющія латеральную половину ослѣдняго. Далѣе кнаружи лежитъ начавшее уменьшаться внутреннее ядро *n. acustici*.

Изъ вышеизложеннаго видно, что мнѣніе Clarke'a о переходѣ его «*fasciculus teres*» въ ядро *n. abducentis* (по Clarke'у *nn. facialis* и *abducentis*) не вѣрно. Подъ именемъ «*fasciculus teres*» Clarke соединялъ, очевидно, два различныя образования, принимая ихъ за одно: дорзальный продольный пучекъ Schütz'a (волоконный отдѣлъ «*fasciculi teretis*») и описываемое здѣсь дорзальное ядро (кѣлочный отдѣлъ «*fasciculi teretis*»). Ни одна изъ этихъ частей, какъ ясно изъ вышеизложеннаго, не переходитъ въ ядро *n. abducentis* и не имѣетъ съ нимъ никакой тѣсной связи.

Я долженъ ограничиться вышеизложеннымъ разсмотрѣніемъ разрѣзовъ изъ области Вароліева моста, не переходя къ вышележащимъ отдѣламъ его, такъ какъ изслѣдованіе ихъ составляетъ предметъ другой работы изъ этой-же лабораторіи.

Описаніе дорзальнаго ядра начато мною съ того мѣста, гдѣ оно представляется на поперечномъ разрѣзѣ наиболѣе ясно ограниченнымъ. Далѣе я перейду къ разсмотрѣнію нижележащихъ отдѣловъ, чтобы выяснитъ на нихъ форму и дистальный конецъ ядра,

Начиная съ того уровня, который послужилъ исходнымъ пунктомъ описанія, по направленію внизъ дорзальное ядро постепенно уменьшается вначалѣ главнымъ образомъ на счетъ своей передней части.

При этомъ въ немъ и въ окружающихъ его частяхъ происходятъ слѣдующія перемѣны. Раньше всего постепенно исчезаютъ волокна, идущія отъ дорзальнаго продольнаго пучка въ сѣтевидную формацию на границѣ дорзальнаго ядра и ядра *n. hypoglossi*. вмѣстѣ съ тѣмъ граница между этими двумя ядрами перестаетъ быть ясно замѣтной, такъ какъ дорзальное ядро начинаетъ непосредственно прилегать къ заднебоковому краю ядра *n. hypoglossi*. Одновременно съ этимъ происходятъ измѣненія въ дорзальномъ продольномъ пучкѣ. Между тѣмъ какъ боковая часть его остается въ прежнемъ видѣ, средняя постепенно уменьшается въ

объемъ, представляющій её компактный пучекъ продольныхъ волоконъ все болѣе суживается и скоро отъ него остается небольшой пучекъ, на поперечномъ разрѣзѣ имѣющій видъ узкой дуги, выпуклостью обращенной къ срединной бороздѣ, вогнутостью же своей прилежащей къ ядру п. *hypoglossi*. Къ переднему краю этого пучка подходятъ волокна изъ сѣтевидной формации, именно изъ того мѣста ея, которое прилежитъ къ боковому краю *fasciculi longitudinalis posterioris*. Количество волоконъ не велико и они представляютъ, повидному, описанныя Schütz'омъ радіальныя волокна дорзальнаго продольнаго пучка; но можетъ быть въ числѣ ихъ существуютъ и корешковые волокна п. *hypoglossi*, направляющіяся къ медиальной области своего ядра. Еще ниже средняя часть дорзальнаго продольнаго пучка окончательно утрачиваетъ свою компактность и отъ нея остаются лишь отдѣльныя продольныя волокна. Дорзальное ядро продолжаетъ довольно быстро уменьшаться. Между тѣмъ какъ выше, на границѣ верхней и средней трети ядра п. *hypoglossi* оно только немногимъ уступаетъ по своему размѣру величинѣ поперечника ядра п. *hypoglossi* и наружная часть дорзальнаго продольнаго пучка въ видѣ сравнительно небольшой шапки покрываетъ ядро сзади и отчасти сбоку, въ области еще средней трети ядра п. *hypoglossi* дорзальное ядро превращается въ небольшую, неправильно овальную группу клѣтокъ, по величинѣ равную поперечнику наружной части дорзальнаго продольнаго пучка и по крайней мѣрѣ вчетверо меньшую ядра п. *hypoglossi*. При небольшихъ увеличеніяхъ оно является на гематоксилиновыхъ препаратахъ изъ этого уровня въ видѣ небольшого свѣтлаго промежутка, не рѣзко ограниченного между классическимъ ядромъ п. *hypoglossi* и темно окрашеннымъ участкомъ дорзальнаго продольнаго пучка. На этомъ уровнѣ и пучекъ волоконъ изъ гарне къ дорзальному ядру прекращаетъ свое существованіе. Изъ описанныхъ волоконъ, имѣющихъ связь съ дорзальнымъ ядромъ, на этомъ уровнѣ остаются лишь радіальныя волокна, которыя можно видѣть еще на нѣкоторомъ протяженіи внизъ.

При дальнѣйшемъ уменьшеніи дорзальнаго ядра дорзальный продольный пучекъ все болѣе приближается къ ядру п. *hypoglossi*. Въ то-же время онъ измѣняетъ нѣсколько свою форму и относительное положеніе, протяженіе поперечнаго разрѣза его изнутри кнаружи уменьшается и онъ приближается къ медиальной линіи. Въ области верхушки *calami*

scriptorii дорзальный продольный пучекъ является въ видѣ серповиднаго на поперечномъ разрѣзѣ пучка продольныхъ волоконъ, своей вогнутой стороною прилежащаго прямо къ дорзальной поверхности ядра *n. hypoglossi*.

Но при большихъ увеличеніяхъ (н. пр. сист. *E. Zeiss'a*) частью въ промежуткахъ между волокнами пучка, частью-же между нимъ и ядромъ *n. hypoglossi* можно видѣть еще довольно большое количество веретенообразныхъ клѣтокъ, представляющихъ нижнее продолженіе дорзальнаго ядра. Здѣсь почти исключительно встрѣчается только одинъ изъ вышеописанныхъ двухъ родовъ клѣтокъ его, именно веретенообразныя клѣтки меньшаго размѣра.

Далѣе внизъ остатки дорзальнаго ядра продолжается все время въ только-что описанномъ видѣ, т. е. въ видѣ клѣтокъ, преимущественно лежащихъ между волокнами дорзальнаго продольнаго пучка, частью же на границѣ между нимъ и ядромъ *n. hypoglossi*.

На уровнѣ нижней трети оливъ, тамъ, гдѣ центральный каналъ вполне закрытъ и является на поперечномъ разрѣзѣ въ видѣ узкой вертикальной щели направленной спереди назадъ, сбоку и спереди отъ него, въ переднемъ отдѣлѣ центральнаго сѣраго вещества лежитъ приблизительно круглая на поперечномъ разрѣзѣ группа клѣтокъ ядра *n. hypoglossi*. Къ задней его поверхности прилежитъ попрежнему дорзальный продольный пучекъ, форма поперечнаго разрѣза котораго опять измѣнилась и имѣетъ видъ треугольника, основаніе котораго обращено къ ядру *n. hypoglossi*, а вершина назадъ. Между волокнами пучка, а также на границѣ его съ ядромъ *n. hypoglossi* и здѣсь видны веретенообразныя клѣтки—продолженіе дорзальнаго ядра. Такое отношеніе остается до самаго дистальнаго конца ядра подъязычнаго нерва. Ниже послѣдняго, уже въ области перекреста пирамидъ дорзальный продольный пучекъ, какъ описываетъ и *Schütz* (см. его вышеназванную статью стр. 532) является въ видѣ вѣвка поперекъ перерѣзанныхъ тонкихъ нервныхъ волоконъ, кольцообразно окружающаго центральный каналъ. Наболѣе густое расположеніе этихъ волоконъ замѣчается спереди и сбоку отъ послѣдняго и здѣсь-же все еще замѣтны мелкія веретенообразныя клѣтки, которыя, какъ явствуетъ изъ сравненія этихъ препаратовъ со взятыми изъ болѣе высокаго уровня, представляютъ прямое продолженіе дорзальнаго ядра. Такимъ-же путемъ можно прослѣдить это ядро

до основанія передняго рога самыхъ верхнихъ отдѣловъ шейной части спинного мозга, между клѣтками котораго теряются его элементы.

Вышеизложенныя данныя, представленныя на основаніи изученія отдѣльныхъ поперечныхъ срѣзовъ, взятыхъ изъ различныхъ областей продолговатаго мозга и отчасти моста, даютъ возможность до нѣкоторой степени ясно представить себѣ общій видъ дорзальнаго ядра на всемъ протяженіи продолговатаго мозга.

Начинаясь въ области перехода спинного мозга въ продолговатый въ видѣ незначительнаго по поперечному диаметру столба клѣтокъ, главнымъ образомъ расположенныхъ между волокнами дорзальнаго продольнаго пучка, ядро это вначалѣ очень медленно увеличивается по направленію вверхъ.

Только на уровнѣ средней трети ядра подъязычнаго нерва оно обособляется уже въ ясно замѣтную группу клѣтокъ, помѣщающуюся кзади отъ только что упомянутаго ядра между нимъ и дорзальнымъ продольнымъ пучкомъ, приблизительно овальную на поперечномъ разрѣзѣ и нерѣзко ограниченную. Далѣе оно, продолжая увеличиваться въ поперечникѣ, мало по малу перемѣщается на наружную поверхность ядра подъязычнаго нерва, имѣя кзади отъ себя наружную часть дорзальнаго пучка, въ свою очередь увеличившагося въ поперечномъ размѣрѣ и раздѣлившагося на двѣ части, соединенныя между собою тонкимъ слоемъ промежуточныхъ волоконъ.

На этомъ уровнѣ, т. е. приблизительно на границѣ средней и верхней трети ядра подъязычнаго нерва, дорзальное ядро представляется наиболѣе рѣзко ограниченнымъ.

Въ болѣе высокихъ областяхъ продолговатаго мозга ядро *p. hypoglossi* уменьшается, дорзальное же ядро мало по малу занимаетъ его мѣсто въ медіальномъ участкѣ центрального сѣраго вещества и по прекращеніи ядра подъязычнаго нерва соединяется съ приблизившимся здѣсь вплотную къ нему такъ называемымъ внутреннимъ ядромъ слухового нерва, при чемъ между послѣднимъ и дорзальнымъ ядромъ не происходитъ полнаго сліянія, но лишь весьма тѣсное соприкосновеніе и, повидимому, обильный обмѣнъ волоконъ. Въ области этого соединенія дорзальное ядро, занимая свое прежнее мѣсто, начинаетъ мало по малу уменьшаться въ своемъ переднезаднемъ поперечникѣ и получаетъ

на поперечномъ разрѣзѣ форму овала съ наибольшимъ діаметромъ, направленнымъ изнутри кнаружи. Въ такомъ видѣ оно является въ нижнихъ областяхъ моста до уровня ядра *n. abducentis*. При появленіи послѣдняго дорзальное ядро сжимается между нимъ и эпендимой четвертаго желудочка, значительно уменьшается въ объемѣ и превращается въ треугольную на поперечномъ разрѣзѣ, сравнительно небольшую группу клѣтокъ, лежащую кзади и ксрединѣ отъ ядра *n. abducentis*.

На своемъ протяженіи дорзальное ядро отдаетъ значительное количество волоконъ окружающимъ частямъ, при чемъ волокна эти можно соединить въ четыре группы.

1. Радіальныя волокна въ сѣтевидную формацию. Они отходятъ отъ вентральной поверхности ядра на большей части протяженія его, начиная отъ средины ядра *n. hypoglossi* до уровня ядра отводящаго нерва.

2. Волокна гарне въ видѣ дугообразнаго пучка, особенно ясно выраженнаго на уровнѣ границы верхней и средней трети ядра подъязычнаго нерва, начинаютъ отходить нѣсколько выше начала предъидущихъ и замѣчаются затѣмъ до уровня ядра отводящаго нерва.

3. Волокна, соединяющія дорзальное ядро съ внутреннимъ ядромъ *n. acustici*. Они соединяются въ небольшой пучекъ, идущій слегка изогнутой кпереди дугой поперекъ ядра *n. vagi*, который начинаетъ появляться приблизительно на границѣ средней и верхней трети ядра подъязычнаго нерва и прекращается нѣсколько ниже соединенія дорзальнаго ядра съ внутреннимъ ядромъ *n. acustici*.

4. Волокна дорзальнаго продольнаго пучка. При тѣсномъ соприкосновеніи, существующемъ между этимъ пучкомъ и дорзальнымъ ядромъ на всемъ протяженіи послѣдняго, весьма возможно, что на всѣхъ уровняхъ продолговатаго мозга изъ него выходятъ волокна въ дорзальный продольный пучекъ. Но именно вслѣдствіе упомянутаго тѣснаго соприкосновенія и не удается съ увѣренностью установить этого. Съ нѣкоторой достовѣрностью можно поставить въ связь волокна дорзальнаго продольнаго пучка съ элементами дорзальнаго ядра только въ верхнихъ областяхъ послѣдняго, когда дорзальный продольный пучекъ, какъ выше описано, уменьшившись сначала въ объемѣ, далѣе снова получаетъ приростъ волоконъ.

Здѣсь, повидимому, многія волокна пучка оканчиваются

въ дорзальномъ ядрѣ, изъ него-же выходятъ новыя волокна, присоединяющіяся къ пучку.

Далеко не съ такою ясностью строеніе дорзального ядра представляется на продольныхъ срѣзахъ. Однако изученіе ихъ не лишено интереса по крайней мѣрѣ въ смыслѣ проверки результатовъ, полученныхъ на поперечныхъ срѣзахъ.

Фронтальные разрѣзы, благодаря неровности дна IV желудочка, не могутъ дать полной картины дорзального ядра. На соответствующихъ срѣзахъ мѣсто дорзального ядра узнается здѣсь по характерному виду тонкихъ продольныхъ волоконъ дорзального продольного пучка. Приблизительно отъ середины ядра подъязычного нерва кнаружи отъ него, особенно же выше верхняго его конца видны многочисленные клѣточные элементы дорзального ядра, заложенные въ густой сѣти нервныхъ волоконъ. На этихъ препаратахъ ясно видно соединеніе дорзального ядра съ внутреннимъ ядромъ п. *acustici*, происходящее тотчасъ надъ проксимальнымъ концомъ попавшей въ разрѣзъ части ядра п. *vagi*, а также пучекъ тонкихъ волоконъ, выходящихъ изъ дорзального ядра недалеко отъ начала только что упомянутого соединенія и идущихъ поперекъ ядра п. *vagi* къ внутреннему ядру п. *acustici*.

На сагитальныхъ разрѣзахъ, взятыхъ изъ области наружной части ядра п. *hypoglossi*, въ верхней половинѣ продолговатаго мозга въ центральномъ сѣромъ веществѣ виденъ продолговато-овальный участокъ ядра п. *hypoglossi* изъ котораго тянутся впередъ его корешковыя волокна. Кзади отъ него замѣтенъ тонкій слой продольныхъ волоконъ дорзального пучка и здѣсь же видны клѣточные скопленія кажущіяся заложенными между волокнами пучка и состоящія изъ описанныхъ веретенообразныхъ клѣточныхъ элементовъ дорзального ядра. По прекращеніи ядра п. *hypoglossi* дорзальное ядро можно прослѣдить далѣе вверхъ до уровня ядра п. *abducentis*. Дорзально отъ этого ядра, собственно дорзально отъ горизонтальной части колѣна п. *facialis*, виденъ только нѣсколько увеличившійся слой продольныхъ волоконъ дорзального продольного пучка, такъ что, судя по этимъ препаратамъ, можно думать, что дорзальное ядро на этомъ уровнѣ прекращается.

Этимъ я заканчиваю изложеніе своихъ изслѣдованій въ области дорзального ядра.

Работа моя имѣетъ чисто анатомическій характеръ, поэтому я не имѣю пока возможности сказать что нибудь определенное относительно физиологическаго значенія описаннаго мною образованія. Одно могу сказать съ увѣренностью: оно не относится къ числу ядеръ черепныхъ нервовъ, не служитъ мѣстомъ начала или центральнаго окончанія котораго нибудь изъ нихъ, Думаю, однако, что для выясненія функціи дорзальнаго ядра можетъ имѣть значеніе одинъ анатомическій фактъ, сущность котораго заключается въ слѣдующемъ.

Дорзальное ядро тѣсно прилежитъ къ ядрамъ четырехъ черепныхъ нервовъ: подъязычнаго, блуждающаго, слухового и отводящаго. Но три изъ нихъ не вступаютъ въ связь съ ядромъ, по крайней мѣрѣ мнѣ не удалось замѣтить такой связи. Связь же между нимъ и внутреннимъ ядромъ п. acustici въ видѣ обильнаго обмѣна волоконъ на моихъ препаратахъ представляется довольно ясной.

На этомъ основаніи, можетъ быть, удалось бы подойти ближе къ рѣшенію вопроса относительно физиологическаго значенія дорзальнаго ядра, если бы было точно извѣстно значеніе внутренняго ядра п. acustici.

Но именно о послѣднемъ намъ извѣстно въ настоящее время меньше, чѣмъ это казалось раньше.

Дѣло въ томъ, что сравнительно еще недавно считался вполне точно установленнымъ тотъ фактъ, что внутреннее ядро п. acustici служитъ мѣстомъ центральнаго окончанія (или, какъ тогда выражались безразлично для двигательныхъ и для чувствительныхъ нервовъ,—начала) слухового нерва. При томъ одни [Schwalbe ¹⁾, Stieda ²⁾, Edinger ³⁾] ставили съ нимъ въ связь задній, т. е. улитковый корешекъ п. acustici, имѣющій непосредственное отношеніе къ функціи слуха, другіе же [Meunert ⁴⁾, Henle ⁵⁾, Kahler ⁶⁾] — исключительно передній или преддверный корешокъ, который по изслѣдованіямъ Flourens'a, подтвержденнымъ недавно работами Бехте-

¹⁾ 1. с. стр. 369.

²⁾ Stieda, Studien über das centrale Nervensystem der Wirbelthiere. 1870.

³⁾ 1. с. стр. 146.

⁴⁾ 1. с. стр. 785.

⁵⁾ 1. с. стр. 236; рис. 149 и 150.

⁶⁾ 1. с. стр. 233.

рева ¹⁾, имѣть отношеніе къ функціи сохраненія равновѣсія тѣла.

Но въ послѣднее время впервые изслѣдованіями Forel'я и Onufrowicz'a ²⁾ подвергнута сомнѣнію связь съ п. acusticus т. наз. внутреняго ядра его. Затѣмъ мнѣніе Forel'я и Onufrowicz'a было подтверждено работами Багинскаго ³⁾ и проф. Бехтерева. По мнѣнію послѣдняго задній корешокъ слухового нерва оканчивается въ переднемъ или прибавочномъ ядрѣ слухового нерва (nucl. anterior Meynert'a), а также, можетъ быть, въ клѣткахъ, расположенныхъ въ сѣтевидной формации вблизи гарне; передній же корешокъ—въ описанномъ имъ ядрѣ ⁴⁾ (извѣстномъ теперь подъ именемъ ядра Бехтерева), лежащемъ въ боковой стѣнкѣ IV желудочка дорзально отъ ядра Дейтерса.

Въ такомъ положеніи вопросъ этотъ стоитъ въ настоящее время. Прежняя увѣренность въ знаніи анатомической связи и физиологическаго значенія внутреняго ядра п. acustici сильно поколеблена, а новыхъ свѣдѣній пока не существуетъ. Это обстоятельство хорошо замѣтно при сравненіи двухъ изданій руководства Obersteiner'a. Въ первомъ изданіи этотъ авторъ называетъ внутреннее ядро п. acustici главнымъ ядромъ этого нерва, въ недавно же вышедшемъ второмъ изданіи онъ выбираетъ для него индифферентное названіе треугольнаго ядра ⁵⁾ и говоритъ, что названіе главнаго ядра является менѣе пригоднымъ, такъ какъ, не смотря на значи-

¹⁾ Бехтеревъ, Къ вопросу о централн. оконч. слухов. нерва и о физиологич. значеніи его преддверн. вѣтви. Вѣстн. клин. и суд. псих. и невропат. 1887. I, стр. 220 и Neurolog. Centralblatt. 1887. № 9.

²⁾ Forel, Vorläufige Mittheilung über den Ursprung des Nervus acusticus. Neurolog. Centralblatt 1885, № 5. Forel und Onufrowicz. Weitere Mittheilung über den Ursprung des Nerv. acusticus. Ibidem, № 9. Onufrowicz, Experimenteller Beitrag zur Kenntniss des Ursprung des Nervus acusticus des Kaninchens. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. XVI, 1885, H. 3.

³⁾ Baginsky, Ueber den Ursprung und den centralen Verlauf des Nervus acusticus des Kaninchens. Virchow's Archiv. Bd. 105. 1886.

⁴⁾ Bechterew. Ueber die innere Abtheilung des Strickkörpers und den achten Hirnnerven. Neurolog. Centr. 1885, № 7. Ueber die Bestandtheile d. corp. restiforme. Arch. für Anatomie und Physiologie, Anatom. Abtheil. 1886.

⁵⁾ Изданіе 1892 г., стр. 384.

тельную величину этого ядра, въ немъ оканчивается лишь небольшое число волоконъ п. acustici.

Во всякомъ случаѣ, слѣдовательно, вопросъ о физиологическомъ значеніи того значительнаго скопленія сѣраго вещества, которое до сихъ поръ извѣстно большею частью подъ именемъ внутреннего ядра п. acustici, оказывается въ настоящее время открытымъ. Для рѣшенія его необходимы физиологическія изслѣдованія, которыя могутъ выяснитъ также и значеніе дорзальнаго ядра.

Изъ вышеизложеннаго явствуется, что *ala alba medialis*, т. е. медіальное возвышеніе треугольной формы на нижней части дна четвертаго желудочка, соотвѣтствуетъ не одному какому либо лежащему въ этомъ мѣстѣ въ веществѣ сѣраго дна образованію, но нѣсколькимъ. Считая съ поверхности вглубь, они слѣдующія.

Тотчасъ подъ эпендимой въ верхней части *alae albae medialis* лежитъ 1) медіальное ядро, а на всемъ протяженіи ея 2) дорзальный продольный пучекъ; далѣе слѣдуетъ 3) дорзальное ядро, постепенно расширяющаяся форма котораго наиболѣе соотвѣтствуетъ треугольной формѣ *alae albae medialis*, и наконецъ 4) ядро подъязычнаго нерва, суженный верхній конецъ котораго лежитъ подъ широкимъ основаніемъ *alae albae medialis*.

III.

По общепринятому въ настоящее время мнѣнію языко-глоточный нервъ есть нервъ смѣшанный и, какъ тѣловой, имѣетъ два ядра въ продолговатомъ мозгу: чувствительное и двигательное. Первое изъ нихъ лежитъ непосредственно подъ эпендимой дна четвертаго желудочка и почти всѣмъ разсматривается, какъ прямое проксимальное продолженіе ядра блуждающаго нерва. Мои изслѣдованія въ области продолговатаго мозга человѣка привели меня, однако, къ другому взгляду на положеніе чувствительнаго ядра *p. glossopharyngei*. Къ изложенію этихъ результатовъ своихъ изслѣдованій я и перехожу во второй части моей работы. Stilling ¹⁾ полагалъ, что ядро *p. glossopharyngei* лежитъ снаружи верхней части ядра *p. vagi*, дѣлаясь шире по мѣрѣ суженія послѣдняго. По его мнѣнію оно состоитъ изъ малыхъ спинальных клѣтокъ и имѣетъ болѣе темный видъ, чѣмъ ядро *p. vagi*. Какъ справедливо замѣтилъ Krause ²⁾, Stilling принималъ за ядро *p. glossopharyngei* то скопленіе сѣраго вещества, которое въ настоящее время считается однимъ изъ ядеръ *p. acustici* (внутреннее или треугольное ядро).

По Lenhossek'у ³⁾ блуждающій и языкоглоточный нервы вмѣстѣ съ двумя верхними корешками прибавочнаго представляютъ смѣшанную нервную систему продолговатаго мозга, которая выше, въ области моста увеличивается еще тройничнымъ нервомъ. Прimitивныя волокна блуждающаго и языкоглоточнаго нервовъ выходятъ какъ изъ смѣшанной, такъ и изъ моторной и чувствительной колонны соответствующей стороны. Мнѣніе Stilling'a о томъ, что ядро языкоглоточнаго нерва лежитъ на извѣстномъ уровнѣ сбоку ядра блуж-

¹⁾ Цитировано по статьѣ Roller'a: Der centrale Verlauf des Nerv. glossopharyngeus. Arch. f. microscop. Anatomie, 1881, Bd. XIX стр. 347.

²⁾ Krause, Allgemeine und microscopische Anatomie. Hannover, 1876, стр. 412.

³⁾ Lenhossek, Neue Untersuchungen über den feineren Bau des centralen Nervensystems. Wien, 1858, стр. 53 и 55.

дающаго, Lenhossek считаетъ уже по самой сущности вещей не соответствующимъ природѣ (*nicht naturgetreu*), такъ какъ самые нервы никогда не лежатъ на одномъ уровнѣ. Границъ ядра *p. glossopharyngei* Lenhossek точнѣе не опредѣляетъ.

Clarke ¹⁾ считаетъ ядромъ *p. glossopharyngei* верхнюю часть ядра *p. vagi*; кромѣ того мѣстомъ происхожденія его онъ считаетъ *caput cornus posterioris*. Продольный пучекъ волоконъ, дѣлящій по Stilling'у наружный край ядра *pp. accessorii* и *vagi* на двѣ части и называемый Stilling'омъ солитарнымъ пучкомъ, Clarke называетъ «*slender longitudinal column*» и ставитъ его въ связь преимущественно съ языкоглоточнымъ нервомъ ²⁾.

Meunert ³⁾, по мнѣнію котораго языкоглоточный нервъ вмѣстѣ съ блуждающимъ и прибавочнымъ входятъ въ составъ «боковой смѣшанной системы» продолговатаго мозга, описываетъ ядро *p. glossopharyngei* на поперечномъ разрѣзѣ въ углу между расходящимися граничными линиями внутренняго ядра *p. acustici* и «*eminentiae teretis*», т. е. на продолженіи (верхнемъ) ядра *p. vagi*. По его описанію оно представляетъ «незначительное скопленіе большею частью веретенообразныхъ нервныхъ клѣтокъ длиною въ 45 μ . и толщиною въ 15 μ .» и дѣлится, подобно ядру блуждающаго нерва, на двѣ части: наружную и внутреннюю; «наружная лежитъ въ вершинѣ передняго угла сѣраго дна, внутренняя около 1 *mm.* далѣе внутрь». Такъ какъ по описанію его-же ядро блуждающаго нерва представляетъ скопленіе веретенообразныхъ клѣтокъ въ 30—45 μ . длиною и 12—15 μ . толщиною, то слѣдовательно Meunert считаетъ клѣтки ядра *p. glossopharyngei* вполне аналогичными клѣткамъ ядра *p. vagi*. Кромѣ описаннаго задняго или чувствительнаго ядра языкоглоточнаго нерва Meunert различаетъ еще двигательное ядро его, лежащее въ общемъ переднемъ ядрѣ смѣшанной боковой системы, удаленномъ на 3 *mm.* отъ центральнаго сѣраго вещества и описанномъ Clarke'омъ, какъ продолженіе двигательнаго ядра *p. trigemini*. Наконецъ къ начальнымъ массамъ «боковой смѣшанной системы» относится еще, по мнѣнію Meunert'а группа клѣтокъ, прилежащая къ передне-

¹⁾ Clarke, *Philosoph. Transactions* 1858 стр. 254 и 255.

²⁾ *Philosoph. Transact.* 1868. стр. 277.

³⁾ Meunert, *Handbuch der Lehre von den Geweben v. Stricker*. 1872, Bd II. стр. 787—788.

му краю восходящаго корешка *n. trigemini* ¹⁾. Общій восходящій корешокъ *nn. glossopharyngei, vagi* и *accessorii*, т. е. солитарный пучекъ Stilling'a составляетъ изъ пучковъ, выходящихъ изъ *gange* тотчасъ надъ перекрестомъ пирамидъ. Эти пучки выходятъ, полагаетъ Meunert, изъ пирамидъ и, пройдя на нѣкоторое разстоянiе вдоль *gange*, входятъ въ *formatio reticularis* въ видѣ *fibræ arciformes*, которыя на дальнѣйшемъ ходу загибаются въ продольномъ направленiи, переходя въ пучки общаго восходящаго корешка. Послѣднiй содержитъ небольшiя нервныя клѣтки, при посредствѣ которыхъ волокна его частью мало по малу присоединяются къ корешкамъ *nn. accessorii* и *vagi*, частью загибаются значительнымъ верхнимъ концомъ въ *n. glossopharyngeus*.

Stieda ²⁾ совершенно отрицаетъ связь корешковъ *n. glossopharyngei*, какъ и *nn. vagi* и *accessorii*, съ чувствительнымъ ядромъ. Онъ говоритъ, что у всѣхъ изслѣдованныхъ имъ позвоночныхъ онъ могъ прослѣдить корешки названныхъ нервовъ до выхода ихъ изъ солитарнаго пучка и не нашелъ никакой связи ихъ съ той клѣточной группой, которая имъ считается ядромъ этихъ нервовъ.

Krause ³⁾ считаетъ ядромъ *n. glossopharyngei* верхнее продолженiе ядра *n. vagi*, начиная отъ того мѣста, которое соотвѣтствуетъ окончанiю выхода корешковъ *n. vagi*. Точнѣе онъ не опредѣляетъ границъ ядра *n. glossopharyngei*. Онъ принимаетъ связь корешковъ *n. glossopharyngei* только съ этимъ ядромъ—заднимъ или чувствительнымъ ядромъ Meunert'a—и отрицаетъ ее для двигательнаго ядра Meunert'a, *nucleus ambiguus*, которое, по его мнѣнiю, можетъ быть, служить центромъ такъ называемыхъ общихъ рефлексовъ Лядвига и Овсянникова.

Солитарный пучекъ онъ называетъ «дыхательнымъ пучкомъ». По мнѣнiю его волокна этого пучка можно прослѣдить въ шейную часть спинного мозга, гдѣ они вступаютъ, повидимому, въ связь съ *n. phrenicus*. На уровнѣ начала ядра *n. vagi* пучекъ становится компактнымъ и на протяженiи продолговатаго мозга принимаетъ нисходящiя волокна изъ языкоглоточнаго, блуждающаго и прибавочнаго нервовъ.

¹⁾ 1. с. стр. 789.

²⁾ Stieda, Ueber den Ursprung der spinalartigen Hirnnerven. Dorpat. Medicin. Zeitschrift 1871, Bd. II.

³⁾ 1. с. стр. 411, 412.

Henle ¹⁾ точно также помѣщаетъ ядро *n. glossopharyngei* на проксимальномъ продолженіи ядра *n. vagi*, при чемъ, судя по его описанію, оно занимаетъ лишь очень небольшое протяженіе, начиная отъ погруженія ядра *n. vagi*, оттѣсняемаго отъ поверхности дна IV желудочка разрастающейся массой внутренняго ядра *n. acustici*, вглубь сѣраго вещества дна, до окончательнаго выхода корешковъ *n. glossopharyngei*. Другого ядра для *n. glossopharyngeus*, соответствующаго двигательному ядру Meynert'a, Henle не описываетъ. Относительно солитарнаго пучка, который Henle называетъ ²⁾ «нервоподобнымъ пучкомъ», онъ приводитъ только взглядъ предыдущихъ изслѣдователей, своего-же не высказываетъ. Duval ³⁾ принимаетъ для языкоглоточнаго нерва, подобно Meynert'у, два ядра въ продолговатомъ мозгу: чувствительное и двигательное. Первое составляетъ переднюю часть ядра *n. vagi*, оттиснутую вглубь разросшимся въ медіальномъ направленіи ядромъ *n. acustici*; второе лежитъ въ области боковыхъ столбовъ. Солитарный пучекъ Stilling'a на уровнѣ проксимальнаго конца чувствительнаго ядра цѣликомъ загибается въ латеральномъ направленіи и переходитъ въ выходящій корешокъ *n. glossopharyngei*.

Laura ⁴⁾ не находитъ связи между языкоглоточнымъ нервомъ и чувствительнымъ и моторнымъ ядрами авторовъ. Солитарный пучекъ, по его мнѣнію, переходитъ въ выходящій корешокъ *n. glossopharyngei*.

Schwalbe ⁵⁾ описываетъ чувствительное ядро *n. glossopharyngei*, какъ передній конецъ ядра *n. vagi*. Кромѣ того онъ различаетъ двигательное ядро въ *nucl. ambiguus*. Въ ядрѣ *n. vagi* (а слѣдовательно и въ ядрѣ *n. glossopharyngei*, какъ продолженіи его?) онъ различаетъ латеральную меньшую и медіальную большую половины. Медіальная есть собственно ядро *n. vagi* (а слѣдовательно на болѣе высокихъ разрѣзахъ—«собственно» ядро *n. glossopharyngei*), латераль-

¹⁾ Henle, Handbuch der Nervenlehre des Menschen. Braunschweig 1879. стр. 202.

²⁾ *ibid.* стр. 222.

³⁾ Duval, Recherches sur l'origine réelle des nerfs crâniens. Journal de l'Anatomie et de la Physiologie 1880. Рефератъ въ Jahresbericht v. Hoffmann und Schwalbe 1881. стр. 181—182.

⁴⁾ Laura. Sull'origine reale dei nervi cerebrali. Memoria della reale Acad. d. scien. di Torino 1877 и 1879. Цитировано по вышеупомянутой статьѣ Roller'a: der centr. Verl. etc.

⁵⁾ Schwalbe. Lehrbuch der Neurologie. 1881, стр. 662.

ная же очень похожа на *substantia gelatinosa* и содержит лишь очень немного нервныхъ клетокъ, окруженныхъ сплетениемъ тонкихъ волоконъ.

Солидарный пучекъ, по мнѣнію Schwalbe, можно прослѣдить до мѣста происхожденія п. *phrenici*; онъ есть общій восходящій корешокъ для трехъ нервовъ: *glossopharyngeus*, *vagus* и *accessorius*.

Wernicke ¹⁾ во всемъ, что касается происхожденія языкоглоточнаго нерва, точно слѣдуетъ мнѣнію Meunier'a. Подобно послѣднему, онъ описываетъ чувствительное ядро п. *glossopharyngei* на верхнемъ концѣ такого-же ядра п. *vagi* и двигательное, лежащее на дистальномъ продолженіи ядра п. *facialis* въ переднебоковой части поперечнаго разрѣза покрывки, кнутри отъ восходящаго корешка п. *trigemini*. Солидарный пучекъ служить, по его мнѣнію, также источникомъ происхожденія волоконъ п. *glossopharyngei*, а равно и пп. *vagi*, и *accessorii*. Онъ образуется изъ спиральнаго загибания дугообразныхъ волоконъ покрывки и между продольными пучками его заложены сѣрыя массы.

Совершенно иного взгляда на происхожденіе языкоглоточнаго нерва держится Roller ²⁾. Этотъ изслѣдователь отрицаетъ связь волоконъ п. *glossopharyngei* съ *nucleus ambiguus*, которое онъ называетъ «*nucleus lateralis medius*», и полагаетъ, что языкоглоточный нервъ имѣетъ только одно ядро въ продолговатомъ мозгу. Послѣднее, по его мнѣнію, не лежитъ на мѣстѣ, указанномъ Clarke'омъ, т. е. не составляетъ верхней части ядра п. *vagi*, но начинается почти на одномъ уровнѣ (даже нѣсколько ниже) съ послѣднимъ въ дорзальной части центрального сѣраго вещества вентрально отъ вентральнаго конца *fissurae longitudinalis posterioris*, т. е. тотчасъ кзади отъ ядра п. *vagi*. На этомъ уровнѣ ядра пп. *hypoglossi*, *vagi* и *glossopharyngei* лежатъ рядомъ въ центральномъ сѣромъ веществѣ, непосредственно гранича другъ съ другомъ: вентральная часть центрального сѣраго вещества занята ядромъ п. *hypoglossi*, средняя—ядромъ п. *vagi* и дорзальная ядромъ п. *glossopharyngei*. Отъ ядра *glossopharyngei* замѣтны волокна, идущія къ появляющемуся нѣсколь-

¹⁾ Wernicke, Lehrbuch der Gehirnkrankheiten. 1881, Bd. 1, стр. 155—157.

²⁾ Roller, Der centrale Verlauf d. N. glossopharyngeus. Der Nucleus lateralis med. Arch. f. microscop. Anatomie, Bd XIX, стр. 347—383.

ко выше начала ядра солитарному пучку. Послѣдній на дальнѣйшемъ ходѣ вверхъ постепенно увеличивается въ объемѣ и приближается къ ядру п. glossopharyngei. Тогда сѣрое вещество послѣдняго начинаетъ мало по малу переходить въ промежутки между волокнами солитарнаго пучка и наконецъ переходитъ туда цѣликомъ. Такимъ образомъ, по мнѣнію Roller'a, ядро п. glossopharyngei, помѣщаясь на нижнемъ своемъ концѣ въ центральномъ сѣромъ веществѣ рядомъ съ ядромъ п. vagi, на верхнемъ лежитъ въ собственномъ сѣромъ веществѣ солитарнаго пучка. Оно такимъ образомъ имѣетъ значительное продольное протяженіе, начинаясь въ области перехода спинного мозга въ продолговатый и оканчиваясь на уровнѣ выхода языкоглоточнаго нерва.

Солитарный пучекъ Roller называетъ восходящимъ корешкомъ nervi glossopharyngei и полагаетъ, что въ образованіи его не участвуютъ ни прибавочный, ни блуждающій нервы. Хотя волокна блуждающаго нерва иногда и идутъ какъ бы въ солитарный пучекъ, но при ближайшемъ изслѣдованіи оказывается, что эти волокна переходятъ въ fibrae arciformes, идущія къ гарне. Такъ какъ ядра языкоглоточнаго и блуждающаго нервовъ тянутся рядомъ въ веществѣ продолговатаго мозга, то и выходящіе корешки этихъ нервовъ на извѣстномъ уровнѣ должны лежать рядомъ, причемъ корешки, лежащіе кнаружи отъ восходящаго корешка языкоглоточнаго нерва и огибающіе его, принадлежатъ послѣднему, а медиально отъ него лежащіе принадлежатъ блуждающему нерву.

Мнѣніе Roller'a оставляется однако почти безъ вниманія послѣдующими изслѣдователями и остается единичнымъ. Edinger¹⁾ принимаетъ, подобно Clarke'у и Meynert'у, общее ядро для пп. accessorius, vagus и glossopharyngeus. Солитарный пучекъ онъ считаетъ общимъ восходящимъ корешкомъ пп. vagi и glossopharyngei. То-же мнѣніе относительно послѣдняго поддерживаетъ проф. Бехтеревъ²⁾. По мнѣнію послѣдняго главную часть одиночнаго пучка образуютъ волокна языкоглоточнаго нерва, остальную-же, почти вдвое мень-

¹⁾ Edinger, Zwölf Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane. Leipzig. 1889, стр. 143.

²⁾ Бехтеревъ, О центральныхъ окончаніяхъ блуждающаго нерва и о составѣ волоконъ т. наз. одиночнаго пучка продолговатаго мозга. Вѣстникъ клинической и судебной психіатріи и невропатологіи, 1888 г., В. II.

шую часть—волокна блуждающаго нерва, какъ въ томъ можно убѣдиться при изслѣдованіи мозговъ зародышей очень раняго возраста. Относительно окончанія волоконъ языкоглоточнаго нерва, входящихъ въ составъ солитарнаго пучка, Бехтеревъ пришелъ къ заключенію, что они оканчиваются на уровнѣ верхняго перекреста въ группѣ небольшихъ клѣтокъ, расположенныхъ нѣсколько впереди и внутри отъ ядра клиновиднаго пучка. Сѣрое вещество, сопровождающее одиночный пучекъ, даетъ, по его мнѣнію, начало нѣкоторымъ волокнамъ пучка, окончательная судьба и фізіологическое значеніе которыхъ неизвѣстны.

Obersteiner ¹⁾ считаетъ чувствительное или мелкоклѣточковое ядро п. glossopharyngei верхней частью общаго ядра пп. accessorii, vagi и glossopharyngei, подобно предъидущимъ авторамъ, придерживающимся того-же взгляда, не опредѣляя точно нижней его границы. Солитарный пучекъ Obersteiner называетъ восходящимъ корешкомъ языкоглоточнаго нерва, допуская, что нѣкоторыя, немногія волокна этого пучка во время своего продольнаго хода присоединяются къ п. vagus.

Kölliker ²⁾ также принимаетъ окончаніе чувствительныхъ волоконъ пп. vagi и glossopharyngei въ одномъ ядрѣ.

Scervini ³⁾ описываетъ чувствительное ядро п. glossopharyngei на верхнемъ концѣ ядра п. vagi, а солитарный пучекъ считаетъ общимъ корешкомъ пп. glossopharyngei, vagi и accessorii.

Заканчивая обзоръ литературы настоящаго вопроса, я замѣчу, что имъ подтверждаются слова сказанныя мною вначалѣ его, о мѣстѣ чувствительнаго или задняго ядра п. glossopharyngei. Большинство авторовъ помещаютъ это ядро на верхнемъ концѣ такого-же ядра п. vagi, при чемъ мѣсто перехода одного ядра въ другое, т. е. нижняя граница ядра п. glossopharyngei или вовсе не опредѣляется, или указывается лишь приблизительно (Krause, Henle).

Далѣе я перехожу къ изложенію своихъ изслѣдованій въ области задняго ядра п. glossopharyngei.

¹⁾ Obersteiner, Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane. Leipzig und Wien. 1892, стр. 392.

²⁾ Kölliker, Der feinere Bau des verlängerten Markes. Anatomisch. Anzeiger. VI, Nr 14 и 15.

³⁾ Scervini, Anatomia dei centri nervosi. Napoli 1892, стр. 260.

Приблизительно на срединѣ продольнаго протяженія перекреста петли, нѣсколько ниже дистальнаго конца нижнихъ оливъ въ центральномъ сѣромъ веществѣ продолговатаго мозга появляется ядро подъязычнаго нерва.

Оно лежитъ въ наиболѣе переднемъ участкѣ центрального сѣраго вещества спереди и сбоку отъ центрального канала и мѣсто его узнается легко уже при слабыхъ увеличеніяхъ на гематоксилиновыхъ препаратахъ въ видѣ треугольнаго участка, отличающагося своею болѣе темной окраской. Последняя, какъ указано въ первой части этой работы, обуславливается частью густой волоконной сѣтью самаго ядра, преимущественно-же лежащимъ дорзально отъ ядра, на этомъ уровнѣ треугольнымъ на поперечномъ разрѣзѣ дорзальнымъ продольнымъ пучкомъ Schütz'a. Ядро *n. hypoglossi* отличается кромѣ того своими характерными, большими мультиполярными нервными клѣтками, а также отходящими отъ него впередъ и нѣсколько въ сторону прямыми пучками корешковыхъ волоконъ подъязычнаго нерва.

Тотчасъ къзади отъ ядра *n. hypoglossi*, собственно отъ прилегающаго къ нему дорзальнаго продольнаго пучка, сбоку отъ центрального канала замѣтно скопленіе нѣсколько меньшихъ, чѣмъ въ предыдущемъ ядрѣ, преимущественно веретенообразныхъ клѣточныхъ элементовъ съ большими свѣтлыми ядрами, характерныхъ для чувствительнаго ядра блуждающаго нерва, которое такимъ образомъ на описываемомъ уровнѣ занимаетъ средній, боковой участокъ центрального сѣраго вещества и служитъ непосредственнымъ продолженіемъ ниже лежащаго ядра прибавочнаго нерва.

Къзади отъ ядра *n. vagi* въ наиболѣе дорзальной части центрального сѣраго вещества, слѣдовательно сзади и нѣсколько сбоку отъ центрального канала остается небольшой участокъ, не занятый вышеописанными ядрами. Онъ имѣетъ на разрѣзахъ приблизительно овальную форму съ длинною осью, расположенной спереди и сбоку назадъ и къ срединѣ, и пронизанъ очень тонкими мякотными волокнами, направленіе которыхъ болѣею частью совпадаетъ съ направленіемъ длинной оси овала.

Самыя заднія или здѣсь самыя внутренія дугообразныя волокна сѣтевидной формаціи (*fibrae arciformes internae*) на описываемомъ уровнѣ подходятъ къ основанію ядра нѣжнаго канатика и погружаются въ возникающую здѣсь густую сѣть мякотныхъ нервныхъ волоконъ. Въ нее же тянутся по

выходѣ изъ центральнаго сѣраго вещества и вышеописаннымъ волокна, пронизывающія овальный участокъ центральнаго сѣраго вещества дорзально отъ ядра п. vagi. Тотчасъ выше описаннаго уровня, все еще въ области перекреста пети. можно видѣть, что упомянутый овальный участокъ центральнаго сѣраго вещества мало по малу рѣзко отграничивается отъ окружающихъ частей при помощи собирающихся на его периферіи тонкихъ мякотныхъ нервныхъ волоконъ.

Въ то-же время со стороны прилежащихъ частей сѣтевидной формации можно замѣтить слѣдующее явленіе. Наиболѣе дорзально лежащія продольные пучки ея начинаютъ приближаться къ центральному сѣрому веществу какъ разъ у периферическаго полюса только что описаннаго овальнаго участка его. При своемъ приближеніи они выпячиваютъ передъ собою выпуклыми крестинѣ и книзу дугами задніе концы самыхъ внутреннихъ дугообразныхъ волоконъ, которыя, вслѣдствіе того, что задніе концы ихъ не лежатъ теперь въ одной поперечной плоскости съ остальными отѣлами, представляются на поперечныхъ разрѣзахъ какъ бы обрѣзанными, не доходя до основанія ядра funiculi gracilis. Скоро небольшой пучекъ указанныхъ продольныхъ волоконъ сѣтевидной формации такъ окружается дугообразными волокнами ея, что представляется почти вполне изолированнымъ отъ окружающихъ частей. Пучекъ этотъ, постепенно утолщаясь и изолируясь совершенно, тянется далѣе почти до верхней границы продолговатаго мозга подъ именемъ солитарнаго пучка ¹⁾. На вышеуказанномъ уровнѣ на нѣкоторыхъ препаратахъ ясно видно, что изъ этого пучка выходятъ многочисленныя тонкія волокна, нерѣдко въ свою очередь соединенныя въ довольно объемистые пучки, принимающіе поперечное направленіе и входящіе въ периферическій полюсъ описаннаго овальнаго участка центральнаго сѣраго вещества. Здѣсь эти волокна продолжаютъ въ тѣ тонкія волокна, которыя ограничиваютъ овальный

¹⁾ Fasciculus solitarius Stilling'a, runde Bündelformation Lenhossek'a, slender longitudinal column Clarke'a, longitudinal fascicle passing through the vagal and accessory nuclei Dean'a, isolirtes Längsbündel im vorderen und äusseren Theil des Hinterhorns Goll'a, gemeinschaftliche aufsteigende Wurzel d. nn. vagus, glossopharyngeus и accessorius Meynert'a, Schwalbe, Wernicke, Edinger'a и др., восходящій корешокъ n. glossopharyngei Roller'a u Obersteiner'a, Respirationsbündel Krause, nervenähnliche Strang Henle, одиночный пучекъ Бехтерева.

участокъ сѣраго вещества. На своемъ пути по периферіи овальнаго участка многія волокна заходятъ въ него и исчезаютъ въ его сѣромъ веществѣ, дѣлясь на тончайшія вѣточки, другія же идутъ далѣе къ средней линіи, переходятъ на другую сторону, перекрещиваясь съ одноименными волокнами ея и, повидимому, входятъ въ овальный участокъ другой стороны.

Въ самомъ овальномъ участкѣ центрального сѣраго вещества при среднихъ увеличеніяхъ (н. пр. сист. E. Zeiss'a) видны весьма мелкія нервныя клѣтки.

Послѣднія не расположены такъ близко другъ отъ друга, какъ въ сосѣднемъ ядрѣ п. vagi. Ихъ нельзя назвать многочисленными, но все-же на каждомъ срѣзѣ попадаетъ достаточное для наблюденія количество ихъ. Онѣ окружены значительнымъ количествомъ промежуточнаго вещества, въ которомъ видна густая сѣть нервныхъ волоконъ. Форма клѣтокъ двоякая: большинство веретенообразныхъ съ двумя отростками, отходящими отъ противоположныхъ полюсовъ, но попадаетъ не мало клѣтокъ треугольной формы съ тремя отростками. Величина клѣтокъ значительна. По моимъ измѣреніямъ длина ихъ колеблется между 23 и 30 μ ., а ширина между 10 и 13 μ . Контуръ клѣтокъ большею частью нерѣзки, по срединѣ каждой изъ нихъ замѣтно сравнительно небольшое ядро, отличающееся отъ протоплазмы болѣе свѣтлой окраской, съ ядрышкомъ въ центрѣ. Отростки не удается прослѣдить на далекое разстояніе, особенно отростки веретенообразныхъ клѣтокъ обыкновенно очень скоро теряются въ окружающей волоконной сѣти; въ треугольныхъ же клѣткахъ иногда одинъ изъ отростковъ бываетъ ясно виденъ на протяженіи, вдвое превышающемъ длину клѣтки.

На описываемомъ уровнѣ ни одно изъ волоконъ, выходящихъ изъ солитарнаго пучка, не переходитъ въ рядомъ лежащее ядро п. vagi, но всѣ идутъ, какъ сказано, въ овальный участокъ сѣраго вещества, лежащій дорзально отъ ядра п. vagi.

Выше, на томъ уровнѣ, гдѣ нижняя олива получаетъ уже видъ характерной, открытой къ средней линіи дуги съ нѣсколькими изгибами, ядро подъязычнаго нерва съ лежащими надъ нимъ образованіями удерживаетъ прежнюю треугольную форму; ядро блуждающаго нерва лежитъ попрежнему тотчасъ взади отъ дорзальнаго продольнаго пучка и имѣетъ форму вытянутаго овала съ довольно густо расположенными ха-

рактерными своими клѣтками, между которыми видно сравнительно мало промежуточнаго вещества; сзади же отъ него видно продолженіе вышеописаннаго овальнаго участка сѣраго вещества, сохраняющее и на этомъ уровнѣ овальную форму, но не столь рѣзко ограниченное, какъ ниже. Въ немъ видны нижеописанныя веретенообразныя и треугольныя нервныя клѣтки и въ него продолжаютъ входить волокна изъ солитарнаго пучка, между тѣмъ какъ они и на этомъ уровнѣ не входятъ въ ядро п. vagi. Солитарный пучекъ на этомъ уровнѣ замѣтно увеличился въ объемѣ и достаточно рѣзко обособился. Недалеко отъ передней границы его идутъ пучки корешковыхъ волоконъ блуждающаго нерва, проходящіе къ своему ядру спереди и снаружи кзади и внутри черезъ вещество продолговатаго мозга.

Въ области верхушки писчаго пера заднее ядро п. vagi, легко отличимое опять-таки по виду и расположенію своихъ клѣтокъ, занимаетъ узкую сравнительно съ длиной полосу на поперечномъ разрѣзѣ, граничащую изнутри съ ядромъ п. hypoglossi и дорзальнымъ продольнымъ пучкомъ, сзади достигающую до эпендимы дна IV желудочка, спереди—до задней границы сѣтевидной формации, а сбоку непосредственно примыкающую къ участку сѣраго вещества дна, составляющему прямое продолженіе вышеописаннаго овальнаго участка. Последний на этомъ уровнѣ утерять свою овальную форму и является неправильно четырехугольнымъ. Въ немъ можно хорошо видѣть нервныя клѣтки прежняго характера, заложенные въ гораздо большемъ количествѣ промежуточнаго вещества, чѣмъ клѣтки задняго ядра п. vagi. Такъ какъ это промежуточное вещество составляетъ непосредственное продолженіе центральнаго гелятинознаго вещества спинного мозга, то обиліе его придаетъ описываемому участку характеръ, очень сходный съ гелятинознымъ веществомъ. Между клѣтками видны тонкія нервныя волокна, многія изъ которыхъ направляются отсюда впередъ къ солитарному пучку, нерѣдко соединяясь около него въ небольшіе пучки, и терются между волокнами его или переходятъ въ волокна, окружающія его сзади и сбоку, повидимому входя въ самый пучекъ на другомъ мѣстѣ его окружности. Солитарный пучекъ на этомъ уровнѣ еще нѣсколько утолщается.

Какъ видно изъ вышеизложеннаго, продолженіе самаго задняго, овальнаго участка центральнаго сѣраго вещества при раскрытіи центральнаго канала переходитъ мало по малу

на боковую сторону задняго ядра *n. vagi*. Здѣсь оно остается и на дальнѣйшемъ протяженіи продолговатаго мозга.

На уровнѣ границы верхней и средней трети ядра *n. hypoglossi* оно имѣетъ также приблизительно четырехугольную форму и его ограничиваютъ слѣдующія образованія. Кнутри отъ него лежитъ ядро блуждающаго нерва—группа сравнительно большихъ овальныхъ клѣтокъ, занимающая на поперечномъ разрѣзѣ довольно узкую полосу центральнаго сѣраго вещества кнаружи отъ дорзальнаго ядра, отъ эпендимы до задней границы *formatio reticularis grisea*. Кпереди отъ него лежатъ самыя заднія дугообразныя волокна сѣтевидной формации, относящіяся къ слуховому нерву, и солитарный пучекъ, значительно увеличившійся въ поперечникѣ. Кнаружи оно граничитъ съ внутреннимъ ядромъ *n. acustici* и кзади доходитъ до эпендимы дна IV желудочка.

И здѣсь легко видѣть волокна, идущія изъ солитарнаго пучка назадъ и теряющіяся въ веществѣ только что описаннаго участка, но вовсе не замѣтно волоконъ, переходящихъ изъ солитарнаго пучка въ ядро *n. vagi*. Однако и на этомъ уровнѣ, и на болѣе высокихъ можно убѣдиться, что и послѣдній нервъ принимаетъ участіе въ образованіи солитарнаго пучка. Видно именно, что нѣкоторыя волокна, частью выходя изъ самаго солитарнаго пучка, частью отдѣляясь отъ волоконъ, окружающихъ послѣдній изнутри, загибаются кнутри и впередъ и присоединяются къ корешковымъ пучкамъ *n. vagi*.

Описанный участокъ сѣраго вещества дна IV желудочка, какъ легко заключить изъ вышесказаннаго, соответствуетъ наружной части ядеръ *nn. vagi* и *glossopharyngei* Meynert'a и Schwalbe. Насколько можно судить изъ словъ упомянутыхъ изслѣдователей, особенно Schwalbe, въ этомъ участкѣ, состоящемъ изъ гелятинознаго вещества, если и берутъ начало волокна *nn. vagi* и *glossopharyngei*, но лишь въ очень незначительномъ количествѣ, собственно же ядра этихъ нервовъ помѣщаются кнутри отъ описываемаго участка. Но, изучая послѣдовательно одинъ за другимъ поперечные разрѣзы продолговатаго мозга и слѣдя продолженіе описаннаго участка сверху внизъ до дистальнаго его окончанія, ясно видно, что онъ переходитъ въ вышеописанный овальный участокъ центральнаго сѣраго вещества, лежащій въ нижней части продолговатаго мозга кзади отъ ядра *n. vagi* и рѣзко отличающійся отъ него, какъ по положенію, такъ и по характеру своихъ клѣтокъ.

Roller считаетъ этотъ овальный участокъ дистальный концомъ ядра *p. glossopharyngei*.

Прежде чѣмъ высказаться опредѣленно въ пользу того или другого мнѣнія, я постараюсь описать продолженіе описываемаго участка сѣраго вещества дна IV желудочка далѣе вверхъ до проксимальнаго конца его.

Нѣсколько выше описаннаго передъ этимъ уровня внутреннее ядро *p. acustici* начинаетъ быстро увеличиваться въ поперечникѣ, приближаясь къ дорзальному ядру. Это прежде всего отражается на занимающемъ насъ теперь участкѣ сѣраго вещества, лежащемъ кнаружи отъ ядра *p. vagi*. Онъ, какъ обыкновенно выражаются, оттѣсняется отъ эпендимы вглубь сѣраго дна, т. е. уменьшается въ передне-заднемъ поперечникѣ и сжимается между переднимъ краемъ внутреннего ядра *p. acustici* и солитарнымъ пучкомъ. Послѣдній, какъ извѣстно, на всемъ своемъ протяженіи сопровождается гелятинознымъ веществомъ, расположеннымъ между отдельными вторичными пучками его волоконъ. Въ этомъ веществѣ при большихъ увеличеніяхъ можно доказать присутствіе незначительнаго количества мелкихъ нервныхъ клѣтокъ, очень сходныхъ съ клѣтками, описанными въ указанномъ участкѣ сѣраго вещества дна IV желудочка. Кромѣ того на многихъ срѣзахъ можно видѣть, что сѣрое вещество послѣдняго соединяется непосредственно съ гелятинознымъ веществомъ солитарнаго пучка. На уровнѣ окончившагося соединенія внутреннего ядра *p. acustici* съ дорзальнымъ ядромъ вся область описываемаго участка сѣраго вещества, лежащаго кнаружи отъ ядра *p. vagi*, оказывается занятой внутреннимъ ядромъ *p. acustici*, а въ солитарномъ пучкѣ заѣмается увеличеніе гелятинознаго вещества и въ немъ—нѣсколько большее количество нервныхъ клѣтокъ. Здѣсь виденъ уже переходъ волоконъ *funiculi solitarii* довольно объемистыми пучками въ входящія корешки *p. glossopharyngei*.

Ядро *p. vagi*, также оттѣсненное отъ эпендимы, продолжаетъ вначалѣ лежать еще въ видѣ небольшой кругловатой группы характерныхъ своихъ клѣтокъ въ самой вентральной части соответствующаго участка сѣраго вещества дна. Къ этой группѣ попрежнему подходятъ корешковые пучки *p. vagi*, идущіе мимо внутренней границы солитарнаго пучка. Скоро, однако, какъ эти пучки, такъ и само ядро исчезаютъ.

Корешки языкоглоточнаго нерва продолжаютъ на нѣкото-

ромъ протяженіи вверху выходитъ изъ солитарнаго пучка, пока всѣ волокна послѣдняго не перейдутъ въ нихъ.

Тогда на поперечномъ разрѣзѣ продолговатаго мозга не оказывается болѣе образований, принадлежащихъ языкоглоточному нерву, и на мѣстѣ, раньше занятомъ солитарнымъ пучкомъ, не видно болѣе прежнихъ мелкихъ нервныхъ клѣтокъ. Такимъ образомъ солитарный пучекъ, достигающій очень значительнаго утолщенія при восхожденіи по продолговатому мозгу, получаетъ это утолщеніе главнымъ образомъ насчетъ волоконъ изъ описаннаго участка центральнаго сѣраго вещества продолговатаго мозга, лежащаго въ нижнихъ частяхъ *medullae oblongatae* кзади отъ ядра *n. vagi*, а по раскрытіи центральнаго канала переходящаго на наружную сторону этого ядра. Участокъ этотъ прекращается одновременно съ прекращеніемъ солитарнаго пучка, т. е. на уровнѣ перехода послѣдняго въ выходящіе корешки *n. glossopharyngei*. Въ немъ заложены мелкія нервныя клѣтки, болѣе обильныя въ нижнихъ отдѣлахъ продолговатаго мозга, менѣе—въ верхнихъ, съ которыми очень естественно по аналогіи со всѣми чувствительными ядрами, поставить въ связь (не непосредственную, конечно, потому что такой въ чувствительныхъ ядрахъ вообще не существуетъ) вышеупомянутыя волокна, выходящія отсюда въ солитарный пучекъ и увеличивающія постепенно его толщину. Сѣрое вещество описаннаго участка дна IV желудочка имѣетъ прямое сообщеніе съ гелятинознымъ веществомъ солитарнаго пучка, въ которомъ видны также мелкія преимущественно веретенообразныя нервныя клѣтки. Количество послѣднихъ увеличивается незадолго до выхода корешковъ *n. glossopharyngei* одновременно съ уменьшеніемъ описаннаго участка сѣраго вещества дна.

На этомъ основаніи я считаю возможнымъ принять описанный участокъ центральнаго сѣраго вещества продолговатаго мозга за ядро языкоглоточнаго нерва. Послѣдній входитъ въ продолговатый мозгъ нѣсколькими, расположенными въ продольный рядъ корешками, которые, проникая черезъ вещество мозга косвенно назадъ и внутрь, соединяются въ одинъ пучекъ, спускающійся по длинѣ продолговатаго мозга и извѣстный подъ именемъ солитарнаго пучка. Солитарный пучекъ по мѣрѣ своего прохожденія сверху внизъ отдаетъ волокна въ мѣсто центральнаго ихъ окончанія, т. е. въ ядро *n. glossopharyngei* на всемъ его протяженіи и вслѣдствіе этого постепенно утончается. Въ верхней части продолгова-

таго мозга такіа волокна отходятъ по одиночкѣ, въ нижней же большей частью соединяются въ пучки. По окончаніи ядра п. *glossopharyngei* солитарный пучекъ не прекращается, но отъ него остается небольшой пучекъ или, правильнѣе, нѣсколько тонкихъ пучковъ, которые переходятъ въ продольные пучки сѣтевидной формаціи, при чемъ далѣе внизъ ихъ прослѣдить не удастся.

Описанныя отношенія на продольныхъ разрѣзахъ устанавливаются не столь ясно. Особенно затруднительно установить на нихъ отношенія ядра п. *vagi* къ солитарному пучку вслѣдствіе близкаго сосѣдства къ послѣднему корешковыхъ пучковъ этого нерва.

На нѣкоторыхъ изъ моихъ фронтальныхъ срѣзовъ видно, что внутри отъ внутренняго ядра п. *acustici*, между нимъ и ядромъ подъязычнаго нерва, лежитъ сравнительно свѣтлый участокъ сѣраго вещества приблизительно треугольной формы съ основаніемъ, обращеннымъ къверху.

При ближайшемъ разсмотрѣніи онъ оказывается занятымъ ядромъ п. *vagi* и лежащимъ кнаружи отъ него участкомъ сѣраго вещества съ мелкими нервными клѣтками, который я считаю ядромъ п. *glossopharyngei*. Весь свѣтлый участокъ имѣетъ здѣсь треугольную форму вслѣдствіе несовпаденія продольной оси его съ плоскостью разрѣза. У наружной его границы проходитъ продольный пучекъ нервныхъ волоконъ—солитарный пучекъ, у внутренней границы котораго виденъ рядъ поперечныхъ срѣзовъ небольшихъ нервныхъ пучковъ—корешковыхъ пучковъ п. *vagi*. Мѣстами здѣсь можно видѣть, что изъ солитарнаго пучка внутри выходятъ волокна, которые исчезаютъ тотчасъ въ лежащей здѣсь волоконной сѣти ядра п. *glossopharyngei*, а къ поперечнымъ срѣзамъ корешковыхъ пучковъ п. *vagi* тянутся волокна изъ его ядра. Но, какъ упомянуто, эти отношенія представляются гораздо менѣе ясными на этихъ срѣзахъ, чѣмъ на поперечныхъ.

Изъ приведенныхъ наблюденій мнѣ кажется возможнымъ сдѣлать слѣдующіе выводы.

1. Чувствительное ядро языкоглоточнаго нерва не занимаетъ мѣста, указаннаго Clarke'омъ и Meunert'омъ, т. е. не служитъ прямымъ верхнимъ продолженіемъ такого-же ядра блуждающаго нерва. Оно занимаетъ приблизительно такое-же протяженіе по длинѣ продолговатаго мозга, какъ и заднее ядро п. *vagi*, помѣщаясь въ сѣромъ веществѣ дна IV желу-

дочка кнаружи отъ этого ядра, а въ области закрытаго центрального канала кзади отъ него.

2. Клѣтки ядра *n. glossopharyngei* характерны по своей величинѣ и рѣзко отличаются отъ клѣтокъ рядомъ лежащаго ядра *n. vagi*.

3. Совершенно справедливо мнѣніе Roller'a относительно продольнаго протяженія ядра языкоглоточнаго нерва и мѣста нижняго конца его. Но мнѣніе этого изслѣдователя относительно верхняго продолженія ядра *n. glossopharyngei* я считаю на основаніи вышеизложенныхъ наблюденій сомнительнымъ.

4. Возможно, что языкоглоточный нервъ имѣетъ еще другое, двигательное ядро въ продолговатомъ мозгу и что оно помѣщается въ указанной Меуперт'омъ области, т. е. въ *nucleus ambiguus*, но мнѣ не удалось съ достаточной ясностью прослѣдить волокна *n. glossopharyngei* въ это ядро.

5. *Funiculus solitarius* есть главнымъ образомъ корешокъ *n. glossopharyngei*. Въ верхней части продолговатаго мозга въ образованіи его участвуютъ и корешковыя волокна *n. vagi*, представляя, вѣроятно, простыя анастомотическія вѣтви между корешками *nn. vagi* и *glossopharyngei*.

6. Небольшое количество волоконъ солитарнаго пучка можно прослѣдить ниже нижняго конца ядра *n. glossopharyngei* въ продольныя волокна сѣтевидной формации продолговатаго мозга, однако такъ далеко внизъ, какъ ихъ могъ прослѣдить Краусе, мнѣ не удалось.

7. Перехода дугообразныхъ волоконъ сѣтевидной формации въ солитарный пучекъ, описаннаго Меуперт'омъ, на самомъ дѣлѣ не существуетъ, а кажущійся перерывъ ихъ на мѣстѣ еще обособленнаго солитарнаго пучка зависитъ отъ выпячиванія заднихъ концовъ ихъ ксредины и книзу солитарнымъ пучкомъ, который постепенно приближается къ центральному сѣрому веществу.

Астазія и Абазія.

Проф. П. И. Ковалевскій.

XXXV. Brunon ¹⁾ сообщаетъ слѣдующій случай астазіи абазіи. Мальчикъ, 8 лѣтъ, безъ патологической наследственности. До настоящей болѣзни былъ здоровъ. Послѣ легкаго лихорадочнаго состоянія съ высыпаніемъ оказалось, что онъ не можетъ ни стоять, ни ходить, — ноги подкашивались, — лежа же въ постели, онъ могъ двигать ими съ совершенно достаточной силой. Общее состояніе хорошее; нѣтъ ни атаксіи, ни сенсорныхъ разстройствъ, рефлексы нормальны. Черезъ 10 дней могъ стоять, но шатался, какъ пьяный, — еще черезъ два дня сдѣлалъ нѣсколько шаговъ; еще немного спустя могъ производить сочетанныя движенія и прыгать, — но все это дѣлалось очень медленно и осторожно. Выздоровленіе наступило очень быстро.

XXXVI. Fèrè ²⁾ наблюдалъ мужчину 39 л., сестра котораго была истерична; больной въ дѣтствѣ имѣлъ судорги, ходить сталъ въ 3 г., имѣлъ ночные страхи и недержание мочи. Всегда былъ слабоватъ на ноги. Въ 24 г. были болѣзненные судорги правой ноги, вызываемыя волненіемъ; въ 26 л. общія судорги съ потемнѣніемъ и потерю сознанія, vertigo, парестезіи правой ноги. Два года спустя явились судорги и слабость ногъ, — чувствительность въ правомъ бедрѣ ослаблена; въ постели производитъ ногами движенія вполнѣ правильно, — въ стоячемъ же положеніи правая нога подворачивается. Больной можетъ ползать на колѣняхъ, — подыматься, садиться; шагать же можетъ только при поддержкѣ.

XXXVII. Pitres ³⁾ приводитъ слѣдующіе случаи. I. Мальчикъ десяти съ половиною лѣтъ однажды сильно

¹⁾ Brunon, Astasie a forme paralytique, La Normandie medicale, 1889.

²⁾ Fèrè, Les epilepsie et epileptiques, 1890.

³⁾ Pitres, Gazette hebdomadaire des sciences medical. de Bordeaux, 1890.

разсердился,—спустя нѣсколько дней у него явился конвульсивный приступъ съ контрактурами, фотофобіей, бредомъ, замѣшательствомъ и безсмысленною рѣчью на «негритянскомъ языкѣ». Изоляція и выздоровленіе. Черезъ мѣсяцъ потерялъ способность ходить: въ постели двигаетъ ногами вполне правильно и мускульное чувство сохранено,—какъ только поставятъ на ноги, такъ ноги и подкашиваются; стоятъ на колѣняхъ можетъ, а равно и ползатъ на четверенькахъ. При подвѣшиваніи вполне владѣетъ ногами. При прикосновеніи ногами къ полу—боли въ колѣняхъ. Анестезія рукъ и плечъ. Излеченіе отъ водолеченія.—II. Мальчикъ 8 съ половиною лѣтъ всегда былъ здоровъ. Послѣ легкаго стоматита не могъ стоять, двигать же ногами въ постели могъ съ достаточной силой; поправился черезъ два мѣсяца. Черезъ два мѣсяца заболѣваніе зернулось подъ вліяніемъ сдѣланнаго ему выговора. Ограниченіе поля зрѣнія.—III. Мальчикъ 11 л.; мать страдала ревматизмомъ; отецъ эпилептикъ. 3 года назадъ боль въ бедрѣ и припуханіе желѣзъ,—за тѣмъ припуханіе исчезло, а боли остались, такъ что онъ не могъ становиться на правую ногу; за тѣмъ боль перешла въ лѣвую ногу, при чемъ нога ослабѣла и мальчикъ не могъ на нее становиться. Такое состояніе длилось четыре мѣсяца. Въ лежачемъ положеніи всѣ движенія и возможны и безболѣзненны. Въ такомъ состояніи его послали въ одну изъ лечебницъ, но въ дорогѣ онъ поправился. Въ октябрѣ вернулись боли и абазія,—снова всѣ движенія возможны и безболѣзненны только въ лежачемъ положеніи; стоять тоже можетъ, но какъ начнетъ ходить, то тотъ часъ подпрыгиваетъ и падаетъ.

XXXVIII. Cohen ¹⁾ приводитъ слѣдующіе случаи. I. Мальчикъ 7 л.; легкое лихорадочное заболѣваніе,—черезъ недѣлю отъ холода острая боль въ шеѣ и затылкѣ. Больной поправился, но не могъ ни стоять, ни ходить,—въ постели же прекрасно владѣетъ ногами. Чувствительность, рефлексы и питаніе правильно. Спустя шесть мѣсяцевъ состояніе тоже. II. Мальчикъ 6 л.; отецъ эпилептикъ,—у мальчика легкій рахитъ и умственные способности слегка слабоваты. Легкая лихорадка, а за тѣмъ неожиданный испугъ, послѣ котораго онъ и пересталъ

¹⁾ Cohen, Contribution a l'etude de l'astasia-abasie, 1890.

ходить; стоять онъ могъ, даже безъ поддержки; но поднять ногу отъ земли рѣшительно не могъ: ноги дрожали, подгибались и больной колебался; контрактуры нѣтъ. Мускульная сила, координація и чувствительность правильны; колѣнный рефлексъ слегка ослабленъ; лечение фарадизаціей,—быстрое поправленіе; но черезъ нѣкоторое время, послѣ болѣзни легкихъ, новый возвратъ. III. Женщина 27 л., нейротична. Въ 83 г. выкидышъ, послѣ котораго общее недомоганіе и приступъ абазіи, зѣвоты и чувства слабости; черезъ три недѣли послѣ этого полная невозможность ходить,—черезъ три мѣсяца поправленіе. Въ 84 году тоже заболѣваніе послѣ болѣзни горла. Въ 85 и 86 году тоже послѣ мигрени и совмѣстно съ беременностью. За тѣмъ цѣлый рядъ приступовъ, сначала поддающихся внушенію, а за тѣмъ неподдающихся. Въ дальнѣйшихъ приступахъ присоединялся блефароспазмъ, головокруженіе, дурнота, рвота и спазмы живота. На колѣняхъ и на четверенькахъ можетъ ползати; въ лежачемъ положеніи дрожь въ ногахъ и рукахъ. Колѣнные рефлексы повышены, чувствительность здорова. IV. Женщина 48 л.; въ семьѣ матери подагра и мигрень. У больной приступы *torticollis*, два перелома *fibulae*; въ 87 г. страдаетъ *vertigo*, недомоганіемъ и поносомъ,—въ это же время третій переломъ *fibulae*, послѣ чего усиленіе утомляемости и слабости при ходьбѣ. Послѣ нравственнаго волненія наступаетъ временное нарушеніе ходьбы, которое за тѣмъ становится постояннымъ. Встаетъ больная хорошо, но за тѣмъ начинаются усиленные табетическія явленія и она падаетъ. Прыгать больная можетъ, а равно и въ постели подымать ноги. Отекъ ногъ, усиленная чувствительность сочлененій, красный потъ под мышками, плохой сонъ, общая разбитость.

XXXIX. Henoch ¹⁾ описываетъ слѣдующій случай. Мальчикъ 7 л. мастурбируетъ два года, проявляетъ недержаніе мочи и безсонницу. Въ одинъ вечеръ онъ пересталъ ходить, сидѣть и стоять безъ поддержки. Онъ жалуется на *vertigo*, его раскачиваетъ и онъ проявляетъ атаксію; при закрытыхъ глазахъ всѣ явленія усиливаются,—лежа же всѣ движенія возможны, но все таки ослаблены; подошвенный рефлексъ ослабленъ; анемія

¹⁾ *Henoch* Vorlesungen über Kinderkrankheiten, 1888.

и истощеніе. Черезъ мѣсяцъ подъ вліяніемъ теплой ванны и холодныхъ душей поправился.

XL. Hughes ¹⁾ говоритъ о женщинѣ 32 л., которая всегда была слабого здоровья и проявляла ревматизмъ, нейрастенію, спинальныя неиралгическія боли, кардіалгію и галлюцинаціи; въ постели она прекрасно совершаетъ движенія, но ни стоять, ни ходить не можетъ; сидя можетъ передвигать ногами.

XLI. Souza-Leite ²⁾ описалъ два случая. I. Негритянка 38 л. обнаруживала въ дѣтствѣ конвульсіи. Въ іюнѣ мѣсяцѣ она видѣла женщину въ конвульсіяхъ, что вызвало у нея весьма непріятное чувство; въ іюлѣ во время ѣзды въ экипажѣ явились боли въ ногахъ, — когда же вышла изъ экипажа, то явилась дрожь въ ногахъ и одеревенѣлость; парестезіи въ ногахъ; когда сѣла, то почувствовала облегченіе. Въ эту ночь были галлюцинаціи. Черезъ три дня явилось ослабленіе способности опредѣленія положенія различныхъ частей тѣла; правый подошвенный рефлексъ усиленъ; оварія, дисхроматопсія, чувствительность ногъ слегка ослаблена. Когда встаетъ — ноги дрожатъ, колѣнные рефлексы усилены. Черезъ недѣлю поправленіе. II. Дѣвочка 12 л., изъ нейропатической семьи, имѣла плохой сонъ. Послѣ кори ослабленіе памяти и странные поступки. Ноги стали тяжелыя и волочились, — руки и все тѣло дрожатъ, — ходить безъ помощи не можетъ, — гиперестезія спины; лѣвая оварія, галлюцинаціи зрѣнія, конвульсіи, ходить не можетъ.

XLII. Bonamaison приводитъ слѣдующіе два случая астазіи-абазіи. V., четырнадцати лѣтъ, имѣетъ здороваго отца, нервную мать и астматика брата. Въ дѣтствѣ страдала приступами гастралгіи, болями артритическими и проч. Артритическія боли были настолько сильны, что производили разстройство въ двигательной области, почему больная была помѣщена въ лечебницу. Больная для своихъ лѣтъ является слишкомъ слабо развитой, но довольно крѣпка; она еще не менструировала, но выглядит по наружности довольно зрѣлой. Послѣднее время больная, кромѣ вышеуказанныхъ нервныхъ явленій и истеричности, обнаружива-

¹⁾ Hughes, Alienist and Neurologist, 1890.

²⁾ Souza-Leite, Le progres medical, 1888.

еть уже около двухъ мѣсяцевъ неспособность ни стоять, ни ходить. При изслѣдованіи нижнія конечности не представляли ничего болѣзненного, за исключеніемъ небольшой гиперестезіи въ области большого пальца ногъ. Рефлексы обычные, контрактуръ не было. Въ лежачемъ положеніи больная совершаетъ всѣ движенія свободно и почти съ обычною силою. На четверенькахъ больная можетъ перейти комнату, но если ее поднять, то она беспомощно опускается. Подъ вліяніемъ гидротерапевтическаго леченія больная уже черезъ нѣсколько дней могла съ помощью рукъ подыматься и передвигаться отъ стула къ стулу. Мало по малу ея движенія совершались легче и къ концу мѣсяца она могла уже играть въ саду съ дѣтьми одинаковыхъ съ нею лѣтъ. П. Р., девятнадцати лѣтъ, довольно крѣпко и хорошо сложена. Между отцомъ и матерью ея кровное родство. Отецъ умеръ отъ болѣзни печени. Мать слабая женщина, сестра обнаруживала какіе-то нервные приступы; кузина больной страдала истерическими гастрическими приступами. До 16 л. Р. была здорова. Около этого времени вслѣдствіе нравственнаго потрясенія, произведеннаго смертью отца больной, начались нервные болѣзненные явленія, выразившіяся въ измѣненіи характера и конвульсивныхъ приступахъ, повторяющихся чаще и чаще. Четырнадцать мѣсяцевъ назадъ у больной явилось новое болѣзненное состояніе: больная рѣшительно не могла ни стоять, ни ходить. Эта неспособность то появлялась, то внезапно исчезала. Послѣдніе шесть мѣсяцевъ больная не можетъ передвигаться и лежитъ въ постели. У нея правая гемипарезія и много истерогенныхъ зонъ; аппетитъ капризный, сонъ хорошій, менструаціи правильны, истерическіе приступы имѣютъ характеръ классической большой истеріи съ преобладаніемъ періода клоунизма. На первый взглядъ больная представляется пораженной нижней параплегіей и только болѣе тщательное изслѣдованіе обнаруживаетъ астазію-абазію. Нижнія конечности не представляютъ ни атрофій, ни контрактуръ; сухожильные рефлексы сохранены и не представляютъ эпилептоидныхъ трепидаций. Чувствительность представляетъ нѣкоторую степень гиперестезіи. Мышечное чувство не поражено,—въ лежачемъ положеніи больная

вполнѣ владѣть движеніями нижнихъ конечностей по всѣмъ направленіямъ. Если больную поднять при посторонней помощи и поставить на ноги, то ноги немедленно подгибаются и больная тотъ часъ падаетъ. Ни ходить, ни стоять она рѣшительно не можетъ; всѣ же остальные движенія были вполнѣ сохранены. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни истерія исчезла совершенно; астазія же и абазія представляла колебанія и взаимныя смѣны здороваго состоянія съ невозможностью ходить.

XLIII. Pittaluga ¹⁾ приводитъ слѣдующій случай астазіи:

Мальчикъ 9 лѣтъ, послѣ тифа проявилъ странныя явленія. Вставши съ постели, ребенокъ легко лазилъ по лѣстницѣ, но стоять и ходить не могъ. Лежа совершалъ ногами движенія свободно; даже ходить онъ могъ, но съ условіемъ, чтобы его съ обѣихъ сторонъ поддерживали, — если же онъ не имѣлъ поддержки то падалъ. Истеричныхъ явленій никакихъ. Выздоровленіе внезапно.

XLIV. Benedikt ²⁾ представилъ въ Вѣнскомъ медицинскомъ обществѣ больную съ астазіей-абазіей истерическаго характера. Она не могла ни стоять, ни ходить, хотя всѣ остальные движенія совершала правильно. Мускульная сила вполнѣ сохранена и при лежачемъ и сидячемъ положеніи больная совершаетъ ногами всѣ движенія правильно.

XLV. Weill ³⁾ описалъ слѣдующій случай. Lanab., 28 л.; отецъ умеръ въ сумашедшемъ домѣ, мать туберкулезная, братъ умеръ въ судорогахъ, сестры слабы. 21 г. variola, при выздоровленіи нервные приступы. Черезъ семь лѣтъ тифозная горячка, при выздоровленіи отъ которой троякія явленія: истерическіе конвульсивные приступы, приступы икоты съ одновременными ритмическими судорогами верхнихъ конечностей и пораженія нижнихъ конечностей при стояніи и ходьбѣ. Тактильная и болевая анестезія ногъ, сухожильные рефлексy очень повышены.

¹⁾ *Dr. Pittaluga*, Considerazioni sopra un caso di astasie abasie, Gazzette degli ospitali, 1891.

²⁾ *Benedikt*, Le mercredi medical, 1892, 1.

³⁾ *Weill*, Astasie-abasie a type choreique. Archives de neurologie, 1892.

XLVI. Кнарр ¹⁾ описываетъ случай астазіи-абазіи, перешедшій затѣмъ въ paralysis agitans. Больной М., ирландецъ, 68 л.; женатъ, мраморщикъ, безъ наследственного предрасположенія. Не пьяница и не сифилитикъ. Въ 89 г. у больного былъ какой-то катарръ, послѣ котораго явились разстройство въ ходѣбѣ, дрожь въ ногахъ, боль въ плечахъ и затрудненіе при поворачиваніи головы вправо,—бывали также спазмы въ ногахъ. Эти спазмы появляются особенно во время ходьбы, причемъ шаги становятся все быстрѣй и короче. Рядомъ съ этимъ является ритмическая триподативная судорга и все оканчивается тоническимъ сокращеніемъ мускуловъ съ наклонностью къ паденію. Спустя нѣкоторое время онъ можетъ опять продолжать шествіе съ прежнимъ успѣхомъ. Волненія усиливаютъ разстройства, но явленій страха и тоски больной не обнаруживаетъ. Подобныя явленія неувѣренности больной испытывалъ и въ рукахъ, такъ что онъ не могъ рубить дровъ. Лицо отличается неподвижностью; зрачки рѣзко сужены. Посредствомъ правильной равномерной военной маршировки больной очень быстро оправился. Мало по малу болѣзнь однако перешла въ paralysis agitans.

Представивъ всѣ извѣстные мнѣ въ литературѣ случаи астазіи-абазіи, я позволяю привести случай астазіи-абазіи, бывшій подѣ моимъ наблюденіемъ.

XLVII. Больной 56 лѣтъ отъ роду, генералъ, поступилъ въ клинику 16 августа 1890 г. Больной ниже средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, съ достаточнымъ отложеніемъ подкожнаго жира. Волосы на головѣ темно-русые съ просѣдью и небольшою лысиной. Волосистость всего тѣла незначительна. Наибольшая окружность черепа 57 с.; затылочно-ушная линія 38 с.; лобно-ушная линія 30 с.; темяно-ушная линія 35,5 с.; подбородочно-ушная линія 30 с.; прямой діаметръ черепа 17 с.; кривая отъ glabella до protuberantia occip. externa 27; поперечный діаметръ 12,5 с.; правый и лѣвый косой 16 с.; діаметръ основанія черепа 9+10 с.; продольно-поперечный показатель 78,1 с.; высота лба 6 с.; ширина лба 17 с.; діаметръ лба 9,5 с. Форма головы круглая, уродливостей и неправильностей черепа не

¹⁾ Кнарр, Astasia-abasia, The Journal of nervous and mental disease. 1891, 11.

замѣчается. Лицо чистое, слизистыя оболочки красно-розоваго цвѣта. Подвижность вѣкъ и глазъ нормальны, страбизмовъ не замѣчается. Зрачки *равномѣрно сужены*, первичная реакція ихъ крайне слабо выражена, вторичная отсутствуетъ. Поле зрѣнія нѣсколько сужено сверху и снаружи. Свѣто и цвѣтоощущеніе замѣтныхъ уклоненій не представляютъ. Подвижность мускуловъ лица нормальна. Чувствительность кожи лица сохранена безъ измѣненій. Полость носа представляетъ *rhinitis chronica atrophica*. Языкъ не дрожитъ при высовываніи и не уклоняется въ сторону, съ легкимъ бѣловатымъ налетомъ. Язычекъ нормальнаго цвѣта и величины. Небо блѣдно-розоваго цвѣта; недостаетъ 11 зубовъ. Вкусовые и обонятельныя ощущенія сохранены безъ измѣненій. Уши не велики, форма ихъ правильная. Отоскопія обнаруживаетъ *otitis media purulenta* въ лѣвомъ ухѣ, правое—безъ измѣненія. Острота слуха праваго уха незначительно ослаблена, лѣваго ослаблена довольно рѣзко; дифференцировка тоновъ сохранена. Шея короткая толстая. Лимфатическія железы не увеличены. Въ легкихъ и сердцѣ никакихъ измѣненій не найдено. Пульсъ полный ритмичный 82 въ 1'. T^0 тѣла = $36^0,8$ — $37^0,1$. Границы печени и селезенки въ предѣлахъ нормы. Кишечникъ не представляетъ никакихъ уклоненій. Артеріальные сосуды слабо склерозированы. Суточное количество мочи = 1200—1800 к. с., цвѣтъ насыщенно желтый; удѣльный вѣсъ = 1018—1022. Моча кислой реакціи. патологическихъ частей не содержитъ. Мускулы мочевого пузыря и прямой кишки функционируютъ правильно, по временамъ *prolapsus recti*. Половая дѣятельность отсутствуетъ, между прочимъ наблюдаются частыя *pollutiones nocturnae*. Строеніе позвоночника правильное, подвижность его безъ уклоненій, чувствительность понижена, особенно въ нижней части. Мускулатура верхнихъ конечностей умѣренно развита; гальваническая возбудимость ихъ представляетъ незначительное пониженіе на нижнихъ конечностяхъ, но всѣ мышцы даютъ нормальную гальваническую реакцію. Фарадическая возбудимость въ предѣлахъ нормы. Мускулы нижнихъ конечностей *тверды значительно болѣе нормы*, никакихъ атрофическихъ измѣненій не представляютъ, при сдавливаніи не болѣзненны; отношеніе къ электри-

честву тоже, что и верхнихъ. *Тактильная чувствительность кожи понижена* на поясничной части позвоночника, довольно рѣзко понижена *на правой ногѣ и совсѣмъ отсутствуетъ на лѣвой голени*. Пониженіе тактильной чувствительности усиливается по направленію сверху внизъ и рѣзче всего выражается на пальцахъ ногъ. *Тожѣ* самое измѣненіе представляетъ и *болевое чувство*: на бедрахъ аналгезія выражена довольно слабо, особенно въ верхней части, по направленію къ голениамъ она усиливается; на голенихъ аналгезія рѣзче всего замѣтна съ наружной стороны, именно по развѣтвленію п. *porlit extern.* Пальцы и дорзальная часть подошвы очень мало чувствительны къ уколамъ. *Проводимость болевыхъ ощущеній на малочувствительныхъ мѣстахъ значительно замедлена*: реакція слѣдовала черезъ двѣ—три секунды, а иногда и болѣе. Чѣмъ ближе къ пальцамъ, тѣмъ время реакціи больше. Температурное чувство нигдѣ не представляетъ уклоненій. *Чувство мѣста на голенихъ совершенно отсутствуетъ*, на бедрахъ значительно понижено, на остальныхъ мѣстахъ особыхъ уклоненій не замѣчается. Мышечные и вазомоторные рефлексy безъ измѣненій, *подошвенный и кремастера отсутствуютъ*, брюшной сохраненъ вполнѣ, *пателлярный—отсутствуетъ*.

Больной не можетъ ни ходить, ни стоять, но лежа въ кровати свободно двигаетъ ногами во всѣ стороны; не можетъ онъ стоять потому, что не чувствуетъ увѣренности въ своихъ ногахъ: ему кажется, что какъ только онъ встанетъ, ноги сейчасъ же ослабѣютъ, согнутся и онъ упадетъ. Когда его поднимаютъ и, крѣпко поддерживая, ставятъ на ноги, въ положеніи больного замѣчается слѣдующее измѣненіе: голова наклонена внизъ, взглядъ устремленъ на полъ, туловище отклонено назадъ, ноги выпрямлены и выдаются впередъ. Въ этой позѣ онъ напоминаетъ челоуѣка, котораго силою куда-нибудь тащатъ. Если заставить его выпрямиться, то сейчасъ же лѣвая стопа подвертывается внутрь и больной начинаетъ падать. Даже непродолжительное стояніе — 2—3 минуты утомительно для больного. Чѣмъ больше онъ стоитъ, тѣмъ больше теряетъ увѣренность въ крѣпости своихъ ногъ, тѣмъ больше ему кажется, что онъ сейчасъ упадетъ,

что его не удержать отъ паденія. Больной приходитъ въ сильное безпокойство, проситъ посадить его опять въ кресло, сидя въ которомъ онъ быстро успокаивается. Если, поддерживая больного, заставить его сдѣлать нѣсколько шаговъ, то въ походкѣ его можно подмѣтить слѣдующія явленія: нога, въ особенности правая, дѣлаетъ при переступленіи зигзагообразное движеніе, отбрасывается въ сторону и становится нѣсколько кнутри отъ того мѣста, гдѣ ей нужно было бы стать. Стопа обыкновенно подвертывается внутрь. Больной при ходьбѣ сильно наступаетъ на пятку, бьетъ ею; глаза его постоянно устремлены на ноги. Послѣ двухъ—трехъ шаговъ онъ начинаетъ беспокоиться о томъ, что сейчасъ упадетъ, движенія ногами становятся безпорядочнѣе, поспѣшнѣе и больной дѣйствительно начинаетъ падать. Координація движеній въ нижнихъ конечностяхъ нарушена. Больной не можетъ попасть сразу пяткой одной ноги на большой палецъ другой, при этомъ обыкновенно происходятъ обширныя зигзагообразныя движенія, которыя въ большинствѣ случаевъ оканчиваются полной неудачей. Если больного положить въ постель и заставить, закрывъ глаза, произвести тоже самое движеніе, то разстройство координаціи выступаетъ еще рѣзче. Больной даже съ трудомъ даетъ отчетъ, какая нога лежитъ сверху и какая снизу. Мышечная сила ногъ повидимому безъ измѣненія: сидя въ креслѣ больной съ успѣхомъ выполняетъ гимнастику съ привязанными шарами въ 10—15 ф. Онъ свободно сгибаетъ и разгибаетъ пальцы какъ правой, такъ и лѣвой ноги. Субъективныя жалобы сводятся исключительно на невозможность ходить и стоять. Никакихъ болей въ ногахъ нѣтъ. При стояніи больной не ясно ощущаетъ подъ собою почву; ему кажется, что между подошвами и поломъ что-то насыпано.

Больной крайне капризенъ, раздражителенъ и до чрезвычайности мнителенъ. Малѣйшая непріятность крайне рѣзко отзывалась на его настроеніи духа, которое вообще отличалось своимъ непостоянствомъ. Если температура, которую тщательно измѣрялъ и записывалъ самъ больной, повышалась у него на нѣсколько десятыхъ градуса, противъ обыкновеннаго, больной приходилъ въ такую ажитацію и такое безпокойство,

что требовались самые энергичные доводы, чтобы только хотя немного успокоить его. Разъ при измѣреніи онъ забылъ встряхнуть термометръ (максимальный), который передъ тѣмъ опускали въ теплую воду для провѣрки. Ртуть въ термометрѣ остановилась противъ дѣленія $39^{\circ},8$. Увидѣвъ такую высокую t° , больной пришелъ въ ужасъ: онъ постоянно хватался за лобъ, за грудь, щупалъ пульсъ и убѣдившись въ мнимой высотѣ t° , началъ плакать. Когда ошибка выяснилась больной успокоился и настроеніе духа снова стало благодушнымъ.

Anamnesis. Въ дѣтскомъ и юношескомъ возрастѣ больной не помнитъ за собой ни одного заболѣванія. Всегда онъ отличался крѣпкимъ здоровьемъ, былъ бодръ, веселъ и доволенъ своей судьбой. За своими родителями и родственниками онъ также не знаетъ ни нервныхъ, ни душевныхъ болѣзней. По распоряженію родителей онъ отданъ былъ на воспитаніе въ кадетскій корпусъ, гдѣ очень успѣшно кончилъ курсъ и затѣмъ поступилъ въ артиллерійское училище. По выходѣ изъ него онъ былъ назначенъ офицеромъ въ одну изъ бригадъ, стоявшихъ въ западномъ краѣ. Здѣсь онъ началъ вести довольно разгульную жизнь, поддѣлываясь подъ общій тонъ своего товарищества. Но скоро это все ему надоѣло и онъ рѣшилъ жениться. Бракъ однако оказался не совсѣмъ удачнымъ. Больной снова предался кутежамъ и захватилъ *сифилисъ*; 15 лѣтъ послѣ этого больной чувствовалъ себя прекрасно. Появлялись изрѣдка головныя боли или лихорадочныя состоянія, но все это такъ мимолетно, что не приходилось даже обращаться за врачебной помощью. Въ 1886 году во время маневровъ онъ упалъ съ лошади, причемъ довольно сильно ушибъ ноги, особенно правую. Паденіе сопровождалось легкимъ обморокомъ; однако больной скоро пришелъ въ себя и даже могъ продолжать маневрировать. Возвратившись домой онъ однако почувствовалъ какую-то тяжесть въ ногахъ, усталость и затрудненіе въ походкѣ: ему трудно было поднимать ноги, точно къ нимъ привѣшены были гири. Чѣмъ дальше—тѣмъ хуже. Черезъ мѣсяцъ (въ ноябрѣ) больной могъ ходить только съ поддержкой. Къ этому присоединилось вскорѣ затрудненіе мочеиспусканія: чтобы выпустить мочу больному надо было сильно натуживаться, но и тогда моча

вытекала слишкомъ слабою струей, чуть не по каплямъ. Въ декабрѣ мѣсяцѣ того же года появилось чувство опоясыванія и стрѣляющія боли въ ногахъ. Впрочемъ боли эти не были особенно интенсивны, а чаще являлось ощущеніе ползанія мурашекъ на груди и по преимуществу на правой ногѣ. Въ январѣ мѣсяцѣ 1887 года ко всѣмъ этимъ явленіямъ присоединилось выпаденіе гесті. Больному была сдѣлана операція, послѣ чего выпаденіе гесті стало значительно меньше, но моча по прежнему вытекала плохо. Въ февралѣ того же года больной поступилъ въ лечебницу д-ра И. Я. Платонова. Здѣсь онъ сталъ быстро поправляться. Походка стала лучше, къ концу леченія больной могъ уже ходить безъ поддержки лишь съ одной палкой, иногда даже и этого не требовалось. Моча стала вытекать струей, почти нормальной силы. Боли больше не повторялись, но ощущеніе тяжести и усталости ногъ еще оставалось. Больной въ маѣ мѣсяцѣ 1887 года выбылъ изъ лечебницы, совершенно довольный тѣмъ состояніемъ своего здоровья, которое у него было въ то время. Долго онъ не обращался къ врачебной помощи, но ухудшенія, повторявшіяся отъ времени до времени заставили его посерьознѣе смотрѣть на свое положеніе. Онъ началъ странствовать, переходя отъ одного врача къ другому. Лечился въ Варшавѣ, въ Ригѣ, въ Крыму, и наконецъ въ 1889 году въ Одессѣ. Здѣсь въ апрѣлѣ мѣсяцѣ снова послѣдовало значительное ухудшеніе безъ всякой видимой причины. Появились снова стрѣляющія боли, чувство стягиванія, а главнымъ образомъ ухудшилась походка: ноги почти совсѣмъ отказывались повиноваться. Больной переѣхалъ въ Пятигорскъ. Положеніе однако нисколько не улучшалось: походка видимо становилась все хуже и хуже. Изъ Пятигорска больной переѣхалъ въ Кисловодскъ, но тамъ стало еще хуже: больной уже совсѣмъ пересталъ ходить даже съ помощью поддержки. Боли однако почти совсѣмъ исчезли, точно также не появлялось болѣе чувство стягиванія. Всѣ жалобы больного сводились исключительно къ тому, что онъ не можетъ ходить. Въ такомъ состояніи въ 1890 году больной поступилъ снова въ лечебницу д-ра И. Я. Платонова.

Раздражительное, капризное и вѣчно недовольное настроеніе духа появилось со времени первыхъ признаковъ послѣдней болѣзни; все время оно шло crescendo и особенно усилилось за послѣднее время.

Послѣ леченія въ теченіе 12—14 мѣсяцевъ больной постепенно началъ владѣть ногами и нынѣ ходитъ довольно сносно при условіи, чтобы всегда человекъ былъ при немъ и поддерживалъ его подъ руку. Чувствительность нижнихъ конечностей вполнѣ возстановилась, а равно и проводимость чувствительныхъ импульсовъ.

Клиническіе матеріалы по сифилису мозга.

В. А. Тихомировъ.

(Изъ клиники проф. П. И. Ковалевскаго).

(Продолженіе).

XVI. Больной В. М. С. 64-хъ лѣтъ, женатъ, купецъ, православнаго вѣроисповѣданія, происходитъ изъ очень бѣдной семьи. Страдалъ ли кто изъ членовъ его семьи нервною или душевною болѣзною свѣдѣній объ этомъ не имѣется. Сынъ больного умеръ въ припадкахъ *эклампсiи*.—Свѣдѣній о жизни больного до женитьбы не имѣется.—У жены больного было 2 выкидыша, изъ которыхъ одинъ съ приращеніемъ плаценты.—Въ возмужаломъ возрастѣ больной былъ тѣлосложенія средняго; тяжелыми заболѣваніями не страдалъ.—Спиртными напитками не злоупотреблялъ.—Умственныя способности у больного были среднія; преобладанія воображенія и фантазіи надъ разсудкомъ незамѣчалось.—Больной былъ доволенъ своимъ общественнымъ положеніемъ, вполне соотвѣтствовавшимъ его способностямъ и развитію, но переживалъ сильныя потрясенія, имѣвшія мѣсто три года тому назадъ.—Больной состоялъ въ бракѣ съ 40 лѣтъ и супружескія отношенія его были хорошія. Существующая болѣзнь представляетъ первый приступъ и развивалась постепенно, а послѣдніе 2 мѣсяца быстро пошла впередъ. Въ началѣ замѣчалось *ослабленіе памяти, головныя боли, головокруженія, тошнота, неспособность къ умственнымъ занятіямъ и особая раздражительность*; затѣмъ присоединилось *мрачное настроеніе духа, необыкновенная впечатлительность, печаль и неохота къ труду*. Лѣтъ двадцать тому назадъ болѣлъ *сифилисомъ*.

Status praesens. Больной роста 168 снтм., тѣлосло-

женія средняго; объемъ груди 84 снѣм., вѣсъ тѣла 5 п. 28 ф.—Питаніе организма плохое.—Волосы на головѣ густые, темные съ просѣдью.—Волосистость всего тѣла умѣренная.—Наибольшая окружность черепа 55 снѣм.; затылочноушная линія 16; лобноушная 14; темянноушная 16; подбородочноушная 17; прямой діаметръ черепа 19; кривая отъ glab. до protub. occip. ext. 29; поперечный діаметръ черепа 11 снѣм.; правый косой діаметръ 18; лѣвый косой 17, 5; діаметръ основанія черепа 12+13.—Діаметръ высоты черепа 14; высота лба 5 снѣм.; ширина лба 13; діаметръ лба 6.—Форма головы круглая; черепъ ассиметричный; лѣвая половина меньше правой.—На *затылочной кости* черепа, вправо отъ crista occip. ext., замѣчается неподвижная *опухоль* величиною въ греческій орѣхъ; подъ нею прощупывается возвышеніе костной консистенціи. Слизистыя оболочки вѣкъ блѣдны, губы цианотичны. Подвижность вѣкъ сохранена. Существуетъ *strabismus convergens dextr.*—Влажность и блескъ глазъ нормальны.—*Зрачекъ праваго глаза расширенъ*. Свѣто-и цвѣтоощущеніе сохранено. Острота зрѣнія $\frac{20}{10}$. Подвижность мускуловъ лица ослаблена.—Чувствительность кожи лица понижена.—*Выраженіе лица тупое*. Полость носа чистая и никакихъ отступленій отъ нормы не представляетъ.—Языкъ обложенъ сѣрымъ налетомъ.—Вкусовые и обонятельныя ощущенія извращены: мѣлъ онъ вѣстъ вмѣсто сахара, соль кажется ему сладкою на вкусъ; запахъ уксусной кислоты принимаетъ за запахъ пахучаго миндальнаго масла.—Зубы цѣлы.—Острота слуха праваго уха слабѣе лѣваго.—Область шеи нормальна. Тоны сердца нѣсколько ослаблены; пульсъ слабый не полный; t^0 тѣла 36,8.—Легкія, печень, селезенка и кишечникъ отступленій отъ нормы не представляютъ. Кровеносные сосуды мало просвѣчиваютъ, причемъ замѣчается ясновыраженный arteriosclerosis. Количество мочи не можетъ быть опредѣлено, такъ какъ больной *мочится подъ себя*.—Цвѣтъ мочи соломенножелтый, уд. в. 1014, кислой реакціи; бѣлка и сахара не содержитъ.—Мускулатура мочевого пузыря и *сфинктеръ прямой кишки ослаблены*; позвоночникъ нормальнаго строенія; конечности правильны, мускулатура ихъ слабо развита, дряблая.—

Тактильная чувствительность кожи понижена, температурное чувство очень слабо.—Болевая чувствительность ослаблена.—Чувство мѣста понижено.—Рефлексы мускульные и сухожильные нормальны; вазомоторные понижены; болевые и осязательные ослаблены. Динамометрія правой руки 35, лѣвой 30. Подкожный жировой слой плохо развитъ; *на большеберцовой кости и на ключицѣ замѣчаются неровности.* Отправленіе кишечника неправильное: то запоры, то поносы.—Больной жалуется на сильныя головныя боли, на частую *дурноту* и боль въ области сердца.—*Вниманіе къ окружающей обстановкѣ отсутствуетъ.*—Способность *воспріятія* внѣшнихъ впечатлѣній *подавлена*, *проводимость* ихъ также *ослаблена.* *Иллюзіи и галлюцинаціи* органовъ чувствъ *существуютъ.*—*Образованіе представленій замедлено, количество ихъ уменьшено, ходъ замедленъ, причемъ представленія неточныя, сбивчивыя и неотчетливыя.*—*Ассоціація представленій нарушена.* Насильственныхъ и фиксированныхъ представленій *незамѣчается.* Способность *запоминанія и припоминанія понижена*—*Сознаніе окружающей обстановки отсутствуетъ; сужденія и заключенія нелѣпы.* Настроеніе духа по большей части безразличное. Поступки безсознательные и нелѣпые. *Рѣчь медленная* и состоитъ изъ *ограниченнаго числа словъ*, входящихъ въ составъ его бреда. *Письмо съ пропусками буквъ и слоговъ, буквы неодинаковой величины, часто влѣсто одной буквы пишетъ другую.* *Неряшливъ, мочится и испражняется подъ себя.* Сонъ и аппетитъ *измѣнчивы.* Большую часть дня больной проводитъ сидя въ углу своей комнаты всецѣло занятый своимъ бредомъ. Считаетъ себя больной святѣйшимъ изъ святителей, къ которому являлся самъ Богъ, далъ ему святой воды въ бутылкѣ, затѣмъ онъ самъ леталъ на небо и получилъ тамъ много золота и 9 ризъ.

Поступивъ въ лечебницу 28 сентября 1888 года больной черезъ мѣсяцъ былъ выписанъ безъ всякаго улучшенія.

XVII. Больной В. И. Т. 35 лѣтъ отъ роду, холостъ, учитель духовнаго училища, происходитъ отъ здоровыхъ родителей; нервными или душевными болѣзнями

никто изъ родныхъ и близкихъ родственниковъ больного не страдалъ. Въ семьѣ не было случаевъ ни самоубійства, ни психическаго недоразвитія. Родители въ кровномъ родствѣ не состояли. Когда произошло зачатіе больного отцу было 27, а матери 25 лѣтъ.— Въ тѣлесномъ и умственномъ отношеніяхъ больной походитъ на мать. Во все время беременности больнымъ мать была совершенно здорова; роды были своевременны и вполнѣ нормальны. Въ самомъ раннемъ *дѣтствѣ* больной страдалъ золотухой. 10-ти лѣтъ больной поступилъ въ духовное училище, по окончаніи котораго былъ опредѣленъ въ семинарію. Способностями обладалъ хорошими. Половое влеченіе впервые появилось на 16-мъ году и удовлетворялось естественнымъ путемъ. По окончаніи семинаріи больной получилъ мѣсто учителя въ духовной семинаріи. Въ 1875 году *заразился сифилисомъ*. Съ 1880 года больной почти постоянно страдалъ головными *болями*, которыя иногда доводили его до обморочнаго состоянія. Съ 1884 года у больного стали замѣчаться болѣе или менѣе важныя перемѣны въ умственномъ и нравственномъ отношеніяхъ: больной сталъ *раздражительнымъ*, вмѣстѣ съ раздражительностью у него стало замѣчаться большое *непостоянство въ настроеніи духа*, какая-то непонятная *слабохарактерность*, *малодушіе*, узкій желчный эгоизмъ и, главное, начало сильно выдаваться болѣе или менѣе ясное *ослабленіе памяти*, *неспособность къ умственнымъ занятіямъ* и замѣтное *разстройство рѣчи*; во всемъ начало проглядывать какое то болѣзненно-мрачное настроеніе духа, плачь и *боязнь лишиться разсудка*. Ко всему этому присоединилась еще *безсонница*. Всѣ эти проявленія не были постоянны: они по временамъ то усиливались, то уменьшались, иногда даже совсѣмъ прекращались и только къ концу 88 года усилились настолько, что больного привезли въ клинику.

St. praesens. Больной роста 165 сатм. Тѣлосложенія крѣпкаго, окружность груди 92 сант. Вѣсъ тѣла 4 п. 25 ф. Питаніе организма хорошее. Волосистость всего тѣла умѣренная. Наибольшая окружность черепа 59; форма головы овальная. Типъ черепа брахицефалическій. Видимыя слизистыя оболочки блѣдно-розоваго

цвѣта; подвижность вѣкъ вполне сохранена, страбизмовъ нѣтъ. Влажность глазъ и ихъ блескъ ничего не нормального не представляютъ. Зрачки одинаковой величины на обоихъ глазахъ, первичная и вторичная реакція ихъ сохранена. Острота зрѣнія $20/20$. Свѣто и цвѣто-ощущеніе сохранено. Мускулы лица подвижны. *Выраженіе лица апатичное.* Полость носа ни какихъ особенностей не представляетъ. *Языкъ* обложенъ, при высовываніи *дрожитъ и отклоняется вправо.* Язычекъ удлиненъ и утолщенъ. Небо нормально. Вкусовые и обонятельныя ощущенія не измѣнены; зубы всѣ цѣлы, обложены виннымъ камнемъ. Острота слуха праваго уха 20 с.; лѣваго 10 сантиметровъ. Слухъ черезъ черепъ сохраненъ. Область шеи ничего особеннаго не представляетъ; лимфатическія железы въ этой области не увеличены. Пульсъ полный, ровный 74 въ 1', 1^0 тѣла нормальна; грудные и брюшные органы никакихъ отступленій отъ нормы не представляютъ. Артеріальные и венозные сосуды не измѣнены. Моча свѣтло-желтато цвѣта. уд. в. 1024, бѣлка и сахара не содержитъ, реакція ея кислая. Позвоночникъ въ строеніи своемъ никакихъ особенностей не представляетъ, подвижность его сохранена. Мышечная сократимость подъ вліяніемъ электрическаго тока повышена на правой сторонѣ. Тактильная чувствительность кожи сохранена и нормальна, равно какъ и температурное и болевое чувство, хотя послѣднее нѣсколько понижено. Рефлексы сухожильные, мускульные, осязательные, болевые и вазомоторные сохранены и повышены, особенно колѣнный; динамометрія правой руки 60, лѣвой 50.—Пото и слюноотдѣленіе нормальны. Кожа представляетъ различныя *трофическія разстройства* въ видѣ дерматозовъ, какъ lichen, aspe и т. п. Подкожный жировой слой хорошо развитъ, равно какъ и мускулатура всего организма. *Лимфатическія железы паховой области увеличены.* Сонъ, аппетитъ и всѣ растительныя функціи удовлетворительны. Личныя жалобы больного сводятся на нервную раздражительность и забывчивость.—*Вниманіе* къ окружающей обстановкѣ нѣсколько *ослаблено.* Въ мыслительной области у него замѣтно *медленное образованіе идей.* Самочувствіе больного весьма измѣнчиво: то онъ безразлично отно-

сится къ окружающему, то раздражается безъ всякаго повода; рѣчь во время раздраженія становится не внятной языкъ какъ бы заплетается. Особенно бросается въ глаза постоянная *забывчивость* больного, которая касается преимущественно отдѣльных словъ и недавнихъ событій,—событія же сравнительно давнія больной рассказываетъ со всѣми подробностями. Вялость умственной дѣятельности особенно рельефно видна при операціяхъ съ цифрами. Въ обращеніяхъ и поступкахъ больного замѣтна *неловкость*, при разговорѣ съ посторонними больной теряется, отвѣчаетъ часто не впадѣ или ничего не отвѣчаетъ; очень *неряшливъ* и *неопрятенъ*. Двигательныя разстройства тоже довольно ясно выражены: вытянутые пальцы сильно дрожатъ, тоже можно сказать и относительно языка. *Письмо* его *отличается пропускомъ буквъ и неровностью ихъ*. Нѣкоторые слова съ буквой «р» произноситъ съ трудомъ.

Въ такомъ состояніи больной поступилъ въ клинику 5 января 1889 года; съ каждымъ мѣсяцемъ состояніе его здоровья ухудшалось и 3-го іюля того-же года послѣдовалъ смертельный исходъ.

XVIII. Больной П. А. А. купецъ 42 лѣтъ отъ роду, женатъ. Изъ всѣхъ членовъ семьи больного одна только бабка по матери была умалишенная. Другихъ какихъ либо ненормальныхъ проявленій между членами семьи не было. Братья и сестры больного золотушны; одинъ изъ братьевъ умеръ отъ чахотки. О дѣтскомъ возрастѣ больного ничего не извѣстно. 10 лѣтъ тому назадъ (1880 г.) *больной заразился сифилисомъ*. Послѣднее время у больного стали появляться сильныя головныя боли; больной сталъ *несообразителенъ и необыкновенно предприимчивъ*, но предпріятій никогда до конца не доводилъ. *Настроеніе духа* стало *непостояннымъ*; больной началъ выказывать необыкновенную *горячность, обидчивость, честолюбіе и тщеславіе*. Симпатіи и антипатіи стали крайне измѣнчивы. Всѣ дѣла и поступки его были всегда результатомъ одной только фантазіи. Такое состояніе душевной и мыслительной дѣятельности все ухудшалось шагъ за шагомъ, пока не достигло насто-

ящаго состоянія (*полная потеря памяти и сообразительности и полнѣйшее безразличіе*).

Status praesens. Больной роста 156 см., вѣсомъ 3 п. 32 ф., слабого тѣлосложенія. Волосы на головѣ рѣдкіе. Волосистость всего тѣла слабо выражена. Слизистыя оболочки блѣдны, кожа дряблая, подкожный жирный слой атрофированъ, мышцы дряблы. Наибольшая окружность черепа 70 см.; затылочно-ушная линия 18; лобно-ушная 15,5; теменно-ушная 13; подбородочно-ушная 16,5; прямой діаметръ черепа 21; кривая отъ glab. до protub. occip. ext 35; поперечный діаметръ черепа 16; правый косой 19; лѣвый косой 19; діаметръ основанія черепа 12+19; діаметръ высоты черепа 17; продольно-поперечный показатель черепа 97,05; продольно-высотный 80,9; форма головы округленно-овальная; уродливостей и неправильностей черепа не замѣчается. Типъ черепа мезоцефалическій. Лицо болѣзненное съ безразличнымъ апатичнымъ выраженіемъ. Подвижность мускуловъ лица и чувствительность кожи лица ослаблены. Зубы каріозны, небо безъ измѣненія, слюноотдѣленіе нормально. Вкусовые ощущенія сохранены. Подвижность глазъ существуетъ; выраженіе глазъ безсмысленное, страбизма нѣтъ, влажность и блескъ глазъ нормальны; *зрачки расширены* равномерно; *первичная и вторичная реакція* существуетъ, но *выражена слабо*. Цвѣтоощущеніе существуетъ. Полость носа нормальна. Уши нормальны. Область шеи не представляетъ никакихъ уклоненій отъ нормы; *лимфатическія железы увеличены*. При изслѣдованіи легкихъ, сердца, печени, селезенки, пищеварительнаго аппарата ничего ненормальнаго не найдено. Моча мутная, желтоватая; суточное количество въ 1400 к. см., реакція щелочной, уд. в. 1021, содержитъ въ себѣ слизь, гнойные шарики, соединенія щавелевой кислоты. *Сфинктеръ прямой кишки ослабленъ*—недержаніе кала. Половая дѣятельность нормальна. Строеніе позвоночника правильное, чувствительность его не представляетъ замѣтныхъ уклоненій; подвижность позвоночника нормальна. Строеніе конечностей правильно, мускулатура развита слабо. Чувство мѣсто не изслѣдовано. Болевое чувство понижено. Сухожильные рефлексy нормальны. Мускульные рефлексy ослаблены; болевые рефлексy и вазо-

моторные понижены. Динамометрія правой руки 30; лѣвой 40. Потоотдѣленіе нормально. Субъективныя жалобы сводятся на боль головы. *Вниманіе* къ окружающей обстановкѣ въ значительной степени *ослаблено*. *Внѣшнія впечатлѣнія* воспринимаетъ очень *слабо и очень медленно*. Иллюзій и галлюцинацій органовъ чувствъ не замѣчается. *Представленія* у него весьма *неотчетливы и ложны*; *сообразительности нѣтъ* у больного рѣшительно никакой. *Ассоціація* представлений *сведена до minimum'a*; насильственныхъ и фиксированныхъ представлений не существуетъ. *Способность запоминанія и припоминанія ослаблена* въ значительной степени. Сужденія и заключенія не правильны. *Настроеніе духа безразличное*, съ отгѣнкомъ подавленности и индифферентизма. По отношенію къ себѣ онъ нечистоплотенъ: головы не чесалъ, лицо не умыто, постоянно пачкаетъ свою одежду экскрементами, часто въ комнатѣ отправляетъ свои естественныя потребности. Поступки безсмысленны и непослѣдовательны. Говоритъ медленно, вяло, *языкъ заплетается*; иногда замѣчается *складываніе слоговъ*. Пишетъ медленно, приходится ждать минутъ пять пока онъ напишетъ слово и вмѣсто диктуемаго слова онъ всегда напишетъ какую нибудь несообразность; характеръ *письма паралитический*.

Поступилъ больной въ клинику 29 декабря 89 года и 16 февраля 90 года былъ выписанъ съ такими же дементными явленіями, какъ и поступилъ.

XIX. Больной Л. П. Ф. офицеръ 31 года, холостъ. Родители больного и ближайшіе родственники представляются съ подорванной нервной системой: мать слабого здоровья, нервная, истеричная, отецъ до крайности раздражителенъ и вспыльчивъ; дядя по матери потаторъ, страдаетъ *delirium tremens*. Дѣтство больного прошло безъ всякихъ особенностей. Въ гимназіи оказался мало способнымъ и былъ исключенъ изъ 4-го класса. Въ 20-тъ лѣтъ онъ получилъ *сифилисъ*. Жизнь по выходѣ изъ гимназіи велъ разгульную и пьяную. Когда больному было 24 года онъ при паденіи получилъ *сильный ушибъ въ голову*. Съ теченіемъ времени окружающіе начали замѣчать большую переменъ въ

характеръ больного: изъ покорнаго онъ сдѣлался вспыльчивымъ, *раздражительнымъ*, упорнымъ въ своихъ желаніяхъ и стремленіяхъ и непостояннымъ въ настроеніи духа. Болѣе рѣзкихъ проявленій его болѣзни въ это время не было, такъ что онъ поступилъ въ таможенную и вполнѣ оказался пригоднымъ къ канцелярской службѣ; общества онъ не бѣжалъ, имѣлъ знакомыхъ и друзей, былъ съ ними вѣжливъ и любезенъ. Такъ дѣло шло до 1887 года, когда у него появились *упорныя головныя боли, временами достигавшія* чрезвычайно сильнаго напряженія; боли эти носили характеръ *тяжести и давленія въ головѣ*; бывали и *головокруженія*, сопровождаясь *звономъ въ ушахъ, затрудненіемъ движенія языка и заиканіемъ*, но сознаніе при этомъ не терялось. Въ томъ же году съ больнымъ случился *эпилептиформенный припадокъ*: больной лишился сознанія, явились клоническія судороги, лѣвая половина лица опустилась, у рта появилась пѣна; послѣ этого припадка замѣтно стала падать умственная и нравственная сфера больного; память и сообразительность ослабѣли; больной сталъ грубъ, дерзокъ и нахаленъ. Черезъ 4 мѣсяца послѣ перваго припадка появился второй, а всѣхъ ихъ за два послѣднихъ года было четыре. Послѣ каждого припадка *умственные способности* больного *все ухудшались* и ухудшались и, наконецъ, онъ дошелъ до того, что затруднялся исполнять простую канцелярскую службу.

Status praesens. Больной средняго роста—169 смт., тѣлосложенія крѣпкаго; объемъ груди 106 смт., вѣсъ тѣла 5 п. 17 $\frac{1}{2}$ ф.; питаніе организма и количество крови вполнѣ достаточное. Волосы на головѣ темныя, довольно густыя; волосистость всего тѣла развита достаточно. Наибольшая окружность черепа 59 смт., форма головы округленно-овальная; уродливостей и неправильности развитія черепа нѣтъ. Типъ черепа по показателю Вросса — брахицефалическій. Лицо ассиметрично: *лѣвый нижній уголь рта опущенъ ниже* сравнительно съ правымъ; слизистыя оболочки губъ и вѣкъ блѣднорозоваго цвѣта; подвижность вѣкъ и глазъ ничего ненормальнаго не представляетъ; страбизмовъ нѣтъ; влажность глазъ и блескъ ихъ усилены, *зрачки* равно-

мѣрно слегка *расширены*; первичная и вторичная реакція ихъ существуетъ, хотя слабѣе противъ нормальнаго. Подвижность мускуловъ лица нормальна; чувствительность кожи лица тоже нормальна; выражение лица грубое, разсѣянное. Полость носа ничего не нормальнаго не представляетъ. *Языкъ* слегка *отклоненъ въ правую* сторону и въ немъ замѣчается *сильная фибриллярная дрожь*; язычекъ гиперемированъ; мягкое небо опущено низко, парезовано, зубы каріозны и многихъ нѣтъ; вкусовые и обонятельныя ощущенія нормальны. Величина и форма ушей нормальны; острота праваго и лѣваго уха нормальна; слухъ черезъ черепъ сохраненъ. Область шеи безъ особенностей. *Паховыя лимфатическія железы слегка увеличены*. Перкуторный легочный тонъ нормаленъ и при аускультации слышно ясно легочное везикулярное дыханіе. Границы сердца нормальны, тоны сердца слабы, но чисты; пульсъ 80 уд. въ 1', температура тѣла 37,1°. Печень не увеличена въ объемѣ, при ощупываніи безболѣзненна. Границы селезенки нормальны. Кишечникъ ничего не нормальнаго не представляетъ; аппетитъ очень хорошъ и нѣтъ ни запоровъ, ни поносовъ; артеріальные и венозные сосуды ничего не нормальнаго не представляютъ, артеріосклероза не замѣтно. Количество мочи 1600 к. снт., цвѣтъ ея соломенно-желтый, моча прозрачна, уд. в. 1017, реакція кислая; бѣлка и сахара не содержитъ; сфинктеръ прямой кишки, а также и половая дѣятельность никакихъ уклоненій отъ нормы не представляетъ. Строепіе позвоночника правильное и при давленіи боли не замѣчается, подвижность его нормальна; строепіе конечностей никакихъ ненормальностей не представляетъ, а только замѣчается быстро повторяющееся пригибаніе пальцевъ лѣвой руки къ ладони, чередующееся съ быстрымъ же разгибаніемъ; это *судорожное ритмическое сокращеніе и расслабленіе сгибателей пальцевъ* существуетъ постоянно (при бодрствованіи и во снѣ больного). Кромѣ этого *на правой верхней конечности существуетъ сильная фибриллярная дрожь пальцевъ*; мускулатура всего тѣла развита хорошо. Тактильная чувствительность, температурное и болевое чувство нормальны; чувство мѣста понижено. Колѣнные и локтевые *сухожильные рефлексы усилены*, мускульные—

нормальны, осязательные.—брюшной и скротальный на т. cremaster—усилены, вазомоторные слегка усилены. Динамометрія правой руки равна 55, а лѣвой 40. По-тоотдѣленіе и слюноотдѣленіе нормальны. Покровы кожи не представляютъ измѣненій; подкожный жирный слой развитъ очень хорошо, мускулатура всего тѣла развита хорошо; кости скелета развиты нормально; сонъ хороший, хотя иногда больной жалуется на *бессонницу*; аппетитъ очень хорошъ, такъ что больной за завтракомъ и обѣдомъ съѣдаетъ чуть-ли не удвоенную свою порцію и кромѣ того оказываетъ значительную помощь своимъ товарищамъ съ плохимъ аппетитомъ; отправления кишечника нормальны. Субъективныя жалобы больного сводятся на *дрожаніе рукъ и на бессонницу*.—Вниманіе къ окружающей обстановкѣ и сознаніе ея относительно удовлетворительно, хотя неровно. Способность воспріятія внѣшнихъ вѣдчатѣній и проводимость ихъ нормальна. Иллюзій и галлюцинацій органовъ чувствъ нѣтъ. *Образованіе представленій и количество ихъ уменьшено*, въ силу проявляющихся дементныхъ явленій больного. *Способность припоминанія*, запоминанія и сообразительности сильно *понижена*: такъ онъ не точно указываетъ, въ какомъ году вышелъ въ отставку, въ какомъ году получилъ первый офицерскій чинъ, и почти каждый разъ говоритъ новый годъ для этихъ событій, но всегда у него выходитъ такъ, что офицерскій чинъ онъ получилъ послѣ выхода въ отставку. Въ особенности онъ *плохо оперируетъ съ числами*; своими собственными силами онъ никакъ не могъ сосчитать, сколько въ годъ онъ получаетъ жалованья, если каждый мѣсяцъ получаетъ по 75 руб., и только при значительной помощи онъ заявилъ, что 900 рублей, но и это высказалъ, робко, нерѣшительно и какъ бы спрашивалъ: такъ-ли. Отъ нѣкоторыхъ своихъ родственниковъ при разспросѣ настойчиво отрещивается, и только при напominаніи ему выдающихся событій изъ жизни этихъ родственниковъ онъ начинаетъ признавать ихъ: такъ онъ совершенно не признавалъ существованія одного дяди и только при напominаніи, что у него одинъ дядя утонулъ въ рѣкѣ, онъ вспомнилъ, что дѣйствительно у него былъ дядя. Точно не *полнитъ, какого числа онъ*

поступилъ въ клинику и сколько времени прошло со времени поступленія, а экзаменъ по таблицѣ *умноженія* представляется ему чѣмъ-то страшно *тяжелымъ и труднымъ*. *Сложеніе* изъ двузначныхъ чиселъ, напр. 18 и 13, въ умѣ ему представляется или совсѣмъ *невозможнымъ*, или весьма труднымъ дѣломъ; но вмѣстѣ съ тѣмъ больной не сознаетъ, что его умственные способности не въ порядкѣ и плоховаты; а увѣренъ, что въ этомъ отношеніи Богъ его не обидѣлъ; если-же его уличаютъ въ ошибкѣ при счисленіи, то смущается и сердится. Ходъ представленій замѣтныхъ уклоненій не представляетъ; въ качественномъ отношеніи они представляются въ высокой степени неустойчивыми и, по видимому, по временамъ ложными, можетъ быть вслѣдствіе существующихъ по временамъ идей бреда, а можетъ быть и вслѣдствіе дементныхъ свойствъ больного; такъ одинъ разъ ночью онъ почему-то вообразилъ, что его шубу украли, по этому онъ сошелъ сверху изъ своей комнаты внизъ, поднялъ тревогу и не хотѣлъ вѣрить, что его шуба цѣла, до тѣхъ поръ, пока ему ее не показали. Ассоціація представленій представляетъ нѣкоторые пробѣлы. Насильственныхъ и фиксированныхъ представленій нѣтъ. Сужденія и заключенія не представляютъ уклоненій. *Настроеніе духа не постоянное*: онъ то доволенъ своимъ положеніемъ въ больницѣ и окружающимъ его обществомъ, то не доволенъ и жалуется на отсутствіе порядочнаго общества; то относится съ благодарностью къ врачамъ, которые его лечатъ, то не прочь ихъ ругнуть, но всегда за глаза и съ просьбой этого имъ не передавать; то онъ намѣренъ еще пожить и полѣчиться, то сегодня же или завтра уѣзжаетъ, такъ какъ совершенно здоровъ, потому что его лапа (излюбленное его выраженіе) теперь не трясется. Что касается нравственного чувства, то здѣсь не безъ грѣха: онъ неспрочь стащить носовой платокъ у своего сосѣда и спрятать его подъ свою подушку, или нѣсколько писчихъ перышекъ въ кабинетѣ у докторовъ, когда тамъ никого нѣтъ и когда служитель зазѣвался. *Поступки* въ большинствѣ случаевъ вполне разумны, хотя *иногда бываютъ безсмысленны*: такъ, ночью ползалъ по полу своей комнаты и искалъ пятакъ, котораго, вѣроятно, и не терялъ; заходилъ въ

швейцарскую, чтобы посмотреть на свою шубу, тамъ ли она и не украли-ли ее воры; забрелъ какъ-то въ кухню, но на вопросъ, зачѣмъ онъ сюда явился, обозвалъ себя дуракомъ и ушелъ назадъ. *Въ письмахъ его замѣтно непостоянство убѣжденія и настроенія, а иногда даже и полная нелѣпость. Буквы въ письмахъ крупныя, неправильныя и кривыя. Въ разговорѣ замѣтна ясная анартія: языкъ дрожитъ, поворачивается съ нѣкоторымъ затрудненіемъ; голосъ дрожащій. Въ жизни больного ясно выступаетъ лѣнь: ничѣмъ болѣе или менѣе серьезнымъ онъ не занимается, ничего не читаетъ, а съ утра до вечера рѣжется съ другими больными въ карты; въ послѣднее же время играетъ и на билліардѣ, такъ какъ трясеніе рукъ, дѣлавшее ему раньше это удовольствіе недоступнымъ, теперь въ значительной мѣрѣ уменьшилось. Къ психически больнымъ относится свысока, съ презрѣніемъ и часто клеймитъ ихъ не особенно пріятными эпитетами: дуракъ, болванъ, скотина и т. д., и не позволяетъ имъ фамиліарничать съ собою.*

Послѣ пятимѣсячнаго ртутнаго и іодистаго леченія съ одновременнымъ примѣненіемъ гидротерапіи, электричества, массажа, термоексатеризащаго и надлежащаго нравственнаго ухода, выписался изъ лечебницы почти совершенно здоровымъ.

XX. *Anamnesis.* Больной А. А. К., 32 лѣтъ, по профессіи приказчикъ, происходитъ изъ семьи, члены которой никогда не страдали ни душевными, ни нервными болѣзнями. *Отецъ его былъ вполне здоровый человекъ, любилъ выпивать, былъ довольно страстный картежникъ и страннаго характера: любилъ часто мѣнять мѣста жительства и браться за разныя дѣла. Мать его была также здоровая женщина и спиртныхъ напитковъ никогда не употребляла. О первыхъ лѣтахъ жизни больного никакихъ свѣдѣній не имѣется, за исключеніемъ того, что у него были ревматическія боли въ нижнихъ конечностяхъ и онъ бывалъ раздражительнымъ, причемъ однажды бросилъ открытый ножъ въ своего брата. Умственное и тѣлесное развитіе его не представляло какихъ либо особенностей, способности же его были посредственны. Половые сношенія началъ, вѣроятно, раньше 20-ти лѣтнаго возраста, а онанизмомъ не занимался. До 1881 года ничѣмъ никогда не страдалъ. Въ 1881 году, будучи въ Ростовѣ на Дону, онъ заразился сифилисомъ, но тотчасъ началъ лечиться и ему дѣлались фрикціи. Въ возмужаломъ воз-*

растѣ онъ отличался впечатлительностію, пилъ рѣдко и очень мало, но отъ незначительнаго количества алкоголя обыкновенно пьянѣлъ. Въ послѣдніе 3—4 года у больного замѣчалась необыкновенная раздражительность, непостоянство въ настроеніи духа и измѣчивость симпатій и антипатій. Въ это же самое время больной обнаруживалъ слабохарактерность, малодушіе, впечатлительность, но все таки былъ общительнымъ и добрымъ. Замѣчалась также повышенная горячность темперамента, а обидчивость, честолюбіе и тщеславіе доходили до апогея. Въ развитіи умственныхъ способностей замѣчалось преобладаніе воображенія и фантазіи надъ разсудкомъ. Общественное положеніе его было не вполне зашито и влекло за собою частыя нравственныя потрясенія. Въ октябрѣ 1888 года онъ собирался жениться, но его отношенія къ невѣстѣ никому неизвѣстны. Излишества въ куреніи также не было, хотя больной курить съ 20 лѣтъ. Настоящая болѣзнь замѣчена была окружающими приблизительно 8—10 октября прошлаго года. Но еще въ концѣ сентября прошлаго года въ письмахъ къ брату были замѣчены ослабленіе памяти, неспособность къ умственнымъ занятіямъ и бывшая раздражительность сдѣлалась благодушіемъ; въ октябрѣ мѣсяцѣ прошлаго года онъ былъ необыкновенно расточителенъ, говорилъ и суетливъ, что и заставило отвести его въ лечебницу.

Status praesens. Больной А. А. К. былъ привезенъ 17 октября 1889 года въ лѣчебницу доктора И. Я. Платонова, въ клинику проф. Ковалевскаго. Больной выше-средняго роста, 170 см., вѣсомъ 4 п. 2 $\frac{1}{2}$ ф., средняго тѣлосложенія и питанія. Волосы на головѣ и бородѣ темнорусые, довольно густые и всегда тщательно причесаны. Волосистая часть головы ничего ненормальнаго не представляетъ. Измѣреніе черепа дало слѣдующіе результаты: наибольшая окружность черепа 57 с.; затылочно-ушная линія 24,5 с.; лобоушная линія 34 с.; темяноушная линія 35,5 с.; подбородочно-ушная линія 33 с.; прямой діаметръ черепа 20 с.; кривая отъ glabella до protuberantia occipitalis externa 31 с.; поперечный діаметръ 15,5 с.; правый косой 19 с.; лѣвый косой 19 с.; діаметръ основанія черепа 13+14 с.; діаметръ высоты черепа 16 с.; продольно-поперечный показатель 75,95 с.; продольно-высотный показатель 81,02 с.; высота лба 7 с.; ширина лба 19 с.; діаметръ лба 12,25 с.; голова имѣетъ овальную форму; уродливостей и неправильностей черепа не замѣчается; типъ черепа, по показателю Broca, субглоихоцефалической. Лицо чистое, правый уголъ рта нѣсколько опущенъ и правая sulcus naso-labialis образуетъ болѣе острый уголъ,

чѣмъ лѣвый. Слизистыя оболочки слегка гиперемированы, подвижность вѣкъ сохранена, по временамъ замѣчается *дрожаніе вѣкъ и бровей*. Глаза сильно подвижны, они влажныѣ нормальныхъ и блескъ ихъ усиленъ; страбизмы отсутствуют. *Зрачки* равномерно сужены; *первичная ихъ реакція ослаблена*, а *вторичная отсутствуетъ*. Поле зрѣнія въ предѣлахъ нормы. Острота зрѣнія: $V_d = \frac{20}{XV}$, $V_S = \frac{20}{XI}$, $V_e = \frac{20}{XV}$. Свѣтоощущеніе нормально, а при изслѣдованіи цвѣтоощущенія мы находимъ, что *больной путаетъ цвѣта*. Офтальмоскопическое изслѣдованіе дало отрицательный результатъ. Подвижность мускуловъ лица нормальна, мимика ихъ усилена: замѣчается *сильное подергиваніе угловъ рта и вѣсѣхъ лицевыхъ мышцъ во время оживленнаго разговора*. Лицо всегда оживленное и довольное. Полость носа ничего ненормальнаго не представляетъ. *Языкъ* нѣсколько обложенъ, влаженъ, на краяхъ замѣчаются отпечатки зубовъ, *при высовываніи онъ отклоняется вправо*, причемъ ясно замѣтна *фибрилярная* и *тотальная дрожь* его. Мягкое небо и язычекъ гиперемированы. Въ области вкусовыхъ ощущеній по временамъ наблюдаются иллюзіи: больной принимаетъ солёное за сладкое; обонятельныя же ощущенія въ предѣлахъ нормы. Зубы чистые, крѣпкіе, каріозныхъ не замѣчается, — только въ верхней челюсти недостаётъ одного зуба, въ нижней же — двухъ зубовъ. Уши средней величины, ушная раковина и meatus auditorius externus ничего ненормальнаго не представляютъ. Бой нашихъ карманныхъ часовъ больной слышитъ на разстояніи 21 фута. Шея ничего особеннаго не представляетъ, только на лѣвой сторонѣ около наружнаго края m. sterno-cleido-mastoideus находятся *увеличенныя лимфатическія железы*. *Паховыя железы* на обѣихъ сторонахъ также *увеличены*. Перкуторный тонъ легкихъ вездѣ ясный, высокій, а дыханіе чистое везикулярное. Сердечная тупость начинается на 4 ребрѣ и доходитъ до 6 ребра, вправо до лѣвой ра-
gasternal'ной линіи, а влѣво доходитъ до лѣвой сосковой линіи. Нѣсколько усиленный сердечный толчекъ прощупывается въ 5 лѣвомъ межреберномъ промежуткѣ кнутри отъ сосковой линіи. Тоны сердца чисты. Пульсъ 80—98 въ 1" полный, напряженный трудно сжимаемый, артеріосклероза не замѣчается, $t^0 = 36,80 - 37,50$. Животъ слегка вздутъ, брюшныя покровы немного напряжены. Печень, селезенка, кишечникъ, артеріальная и венозная системы не представляютъ измѣненій. Суточное количество мочи колеблется между 1000 и 1600 куб. сант., цвѣтъ ея соломенно-желтый, по Фогелю № 1, удѣльный вѣсъ 1018—1020, реакція слабо-кислая, бѣлка, сахара и форменныхъ элементовъ не найдено. Sphincter ani et vesicae urinae дѣйствуютъ нормально. Половая дѣятель-

ность повышена. Строение позвоночника не представляет отклонений от нормы, чувствительность его ослаблена, подвижность неограничена. Конечности развиты правильно, мускулатура их также. При исследовании мышечной сократимости индуктивным токомъ оказалось, что она понижена, причемъ на лѣвой половинѣ тѣла значительнѣе, чѣмъ на правой; постоянный же токъ далъ повышение мышечной сократимости на верхнихъ и понижение на нижнихъ конечностяхъ, причемъ на лѣвой сторонѣ это понижение значительнѣе, чѣмъ на правой. Тактильная чувствительность нѣсколько понижена. Температурное и болевое чувство сохранены, но ослаблены. Чувства мѣста исследовать точно не удалось, такъ какъ больной даетъ сбивчивыя показанія. *Колѣнный сухожильный и мускульные рефлексы нѣмного повышены, другіе сухожильные, равно какъ осязательные, болевые и вазомоторные рефлексы ослаблены.* Динамометрія правой руки 59, лѣвая 70. Пототѣленіе и слюноотѣленіе въ предѣлахъ нормы. Наружные покровы блѣды, только на лицѣ по временамъ замѣчается ограниченный румянецъ. Подкожный жирный слой умеренно развитъ, мускульная и костная системы правильно развиты, сонъ удовольствительный и аппетитъ усиленъ. Больной ни на что не жалуется; но когда мы его спросили, почему же онъ находится въ лечебницѣ, онъ отвѣтилъ, что лѣчился и лѣчится отъ какого-то нервнаго расстройства.—Что касается чувствительной и мыслительной областей нашего больного, то здѣсь на первомъ планѣ насъ поражаетъ *пониженное вниманіе* къ окружающей обстановкѣ: больной не обращаетъ вниманія на новое помѣщеніе, на новыя лица, только послѣ двукратнаго представленія насъ больному, послѣдній какъ-бы очнулся, очень любезно насъ принялъ и распорядился о закускѣ. У больного существуютъ *иллюзіи вкуса*: когда мы спрашивали больного, какого вкуса лѣкарство (іодистый натръ 40 gr. pro dosi), онъ обыкновенно отвѣчалъ, что оно очень сладко. Однажды мы наблюдали у него галлюцинацію зрѣнія, состоявшую въ томъ, что, писавши у окна свою автобіографію, онъ увидалъ Софью Ивановну (его невѣста), которая слѣдовала за нимъ, когда онъ ушелъ отъ окна къ столу,—она затѣмъ куда-то исчезла. Въ области представленій мы замѣчаемъ ясныя ненормальности какъ въ количественномъ, такъ и въ качественномъ отношеніяхъ. *Количество представленій увеличено, ходъ ихъ ускоренъ, представленія ложны и ошибочны, всюду проглядываетъ идея преувеличенія и грандіозности.* Такъ, больной разсказываетъ намъ о своихъ громадныхъ предпріятіяхъ по хлѣбной торговлѣ, о своей аудіенціи въ теченіи полчаса съ Императоромъ Александромъ II, въ которой Государь

просилъ его быть поставщикомъ хлѣба всей Россіи,—о своихъ сношеніяхъ съ какою то торговою комиссіею по хлѣбному вопросу, которою онъ назначенъ поставщикомъ хлѣба на всю Россію, Азію и Африку; самъ онъ, не успѣвая этого сдѣлать, имѣетъ всюду сотни агентовъ, которые закупаютъ милліоны пудовъ хлѣба и его обороты достигаютъ, сотни милліоновъ рублей. Ежедневно онъ получаетъ массу писемъ дѣлаетъ распоряженія, издаетъ циркуляры и т. д. Одновременно съ этимъ онъ рассказываетъ намъ о мануфактурной торговлѣ Трапезонцева, обороты которой, благодаря ему, достигли до 900,000 руб., за что Трапезонцевъ назначилъ ему жалованье въ 30000 руб. и далъ ему массу подарковъ. Нелавно больной пріѣхалъ изъ заграницы, откуда высылалъ образцы готовыхъ платьевъ и на обратномъ пути по дорогѣ въ Ростовъ на Дону онъ заѣхалъ въ Петербургъ для вторичныхъ переговоровъ съ комиссіею по хлѣбному вопросу. Тотчасъ за этимъ онъ рассказываетъ намъ, что Индія и Турція приняли православіе и перешли къ Россіи, а Критъ остался за Греціей. По этому въ Индіи и Турціи теперь строятся тысячи церквей, куда гонятъ (повторяя послѣднее слово нѣсколько разъ) цѣлыя массы поповъ, поповъ, поповъ и учителей. Потомъ онъ переходитъ къ тому, что казенныя земли переданы правительствомъ крестьянамъ, которые закладываютъ ихъ въ банкахъ, а про банковыя операціи говоритъ такую безмыслицу, что невозможно его понять. Затѣмъ онъ думаетъ скоро жениться, получаетъ 50000 приданнаго и большую шкатулку съ брилліантами. О своихъ братьяхъ онъ также рассказываетъ съ крайнимъ преувеличеніемъ. Онъ получаетъ ежедневно массу писемъ и телеграммъ и желалъ бы отвѣчать на всѣ эти письма, но у него нѣтъ бумаги. Что касается насильственныхъ и фиксированныхъ представлений, то намъ ни разу не удалось подмѣтить ихъ въ разговорѣ больного; за то рѣзко бросается въ глаза *ослабленіе способности заминанія и припоминанія*: онъ нѣтъ-отказывается отъ словъ, сказанныхъ имъ часа два тому назадъ, настойчиво требуетъ привезенныхъ имъ будто-бы вещей, настаиваетъ на томъ, что вы его сегодня посѣтили, когда этого не было и т. д. Сужденія и заключенія больного крайне неправильны, что рѣзко видно изъ его писемъ. Всегда онъ въ *хорошемъ и счастливомъ настроеніи духа*: онъ веселъ, радъ, всѣмъ доволенъ, даже тронуть ухомъ за нимъ; съ восторгомъ рассказываетъ, какъ всѣ его любятъ, что ему одному только даютъ ужинъ, такъ какъ онъ вошелъ въ переговоры съ поваромъ, при этомъ онъ вдругъ берется за песочницу и мочился туда и на наше возраженіе отвѣтилъ, что песоч-

ница для этого и поставлена. Иногда больной приходитъ въ экстазъ, что особенно замѣтно при образованіи новыхъ представлений и ощущеній: лицо при этомъ краснѣетъ, глаза блестятъ, размахивая руками онъ бѣгаетъ изъ угла въ уголъ и даже становится головою внизъ ногами вверхъ, бросается въ объятія присутствующихъ, пошлепывая ихъ по спинѣ и т. д. Не смотря на это, онъ сильно раздражается при возраженіяхъ со стороны кого-бы то ни было. О близкихъ его сердцу людяхъ онъ говоритъ съ благоговѣніемъ, особенно о своей матери, братьевъ же величаетъ людьми съ высшимъ образованіемъ, къ своей невѣстѣ онъ относится съ величайшимъ уваженіемъ и любовью, но въ письмахъ къ ней всюду проглядываетъ ясный эротизмъ. На себя самого больной смотритъ какъ на челоуѣка образованнаго и гениальнаго, какъ на великаго игрока на билиардѣ, не имѣющаго себѣ подходящаго партнера, а потому всегда играетъ одинъ. Съ нами онъ соглашался играть на билиардѣ, причемъ удаюсь подмѣтить, что больной хорошо узнаетъ свой шаръ,—но, когда ему подкладывали шары въ лузу, онъ съ чувствомъ самодовольства бралъ по 2, по 3 шара изъ лузы, говоря, что это всѣ его шары. Онъ видитъ въ лицѣ себя одного изъ великихъ оперныхъ артистовъ: онъ одновременно и теноръ, и баритонъ, и сопрано, и басъ,—сопровождаетъ свое пѣніе соответственной мимикой. Чаше онъ поетъ о любви къ своей невѣстѣ: «Софья дорогая, Софья золотая, ты люби меня, я люблю тебя.....»! О своихъ эксцессахъ in Venere онъ рассказываетъ необыкновенныя вещи. Въѣстъ съ этимъ онъ обращаетъ достаточное вниманіе на чистоту своего платья и на аккуратную прическу головы и бороды. Нерѣдко онъ удивляется наружности нѣкоторыхъ другихъ больныхъ, считая ихъ психопатами. *Рѣчь больного захлебывающаяся, быстрая, оживленная, неясная* сопровождается часто ажитациями, причемъ рѣзко бросается въ глаза подергиваніе мышцъ лица и губъ, языкъ какъ будто опухъ, заплетается, больной затрудняется выговаривать слова, гдѣ бываютъ одинаковые слоги и губныя буквы, какъ напр. перпендикуляръ, полпоручикъ. *Письмо* больного довольно характерно: всюду существуютъ пропуски и повтореніе нѣкоторыхъ слоговъ, буквы написаны неравномѣрно, судорожно, онѣ угловаты и иногда состоятъ изъ однѣхъ только черточекъ, не говоря уже о массѣ орфографическихъ ошибокъ. Въмѣсто автобіографіи онъ иногда пишетъ автогеографію, автографію и географію. Строки написаны равномѣрно. За то онъ украшаетъ свои письма кляксами и бордюрами, придавая ими особенную красоту своимъ письмамъ. Письма съ такими украшениями обыкновенно предназначаются для его невѣсты. По

содержанію своему многое имъ написанное представляетъ сущую неаѣпость и рѣчь его несравненно логичнѣе письма.

XXI. *Анализъ*. К. М., 43 г. мѣщанинъ, лютеранскаго вѣроисповѣданія, служитъ ревизоромъ тяги на Николаевской желѣзной дорогѣ; происходитъ отъ здоровыхъ родителей. Отецъ больного, хотя и не вмѣру злоупотреблялъ спиртными напитками, былъ крѣпкимъ, сильнымъ мужчиной и дожилъ до глубокой старости. Ему было 57 лѣтъ, когда послѣдовало зачатіе нашего паціента,—матери же въ это время было 49 лѣтъ; она также отличалась завиднымъ здоровьемъ. Старшій братъ больного, дѣльный и способный человекъ, очень много пьетъ,—нервныхъ же и психическихъ разстройствъ не обнаруживаетъ. Сестры, числомъ три, совершенно здоровы, имѣютъ взрослыхъ дѣтей. Самъ больной женатъ уже 18 лѣтъ и имѣетъ всего одну дочь 17 лѣтъ, которая изрѣдка страдаетъ мигренью. Образование М. получилъ въ Ригѣ, окончивъ курсъ въ политехническомъ институтѣ. Умственными способностями особенно не отличался и никогда не былъ выше посредственности. Съ своими товарищами по институту былъ очень друженъ, имѣлъ много знакомыхъ и вообще любилъ общество, гдѣ онъ слылъ за веселаго мадаго. Въ характеръ его странностей никакихъ не было, склонности къ мечтательности никакой не замѣчалось. Женится больной 25-ти лѣтъ. Не задолго до женитьбы онъ имѣлъ первый разсношеніе съ женщиной, до этого-же времени онъ былъ совершенно невиннымъ и даже не чувствовалъ никакой потребности къ половому удовлетворенію. Общаго между супругами было очень мало. Больному не нравился характеръ жены, послѣдняя своею мелочностью и совершенно безосновательною ревностью часто приводила его въ раздраженіе. Однако первые 5 лѣтъ совмѣстной супружеской жизни прошли въ относительномъ согласіи и любви. Жена больного была красивая женщина и нравилась ему. Она была молода, здорова, поэтому половыя наслажденія стояли на первомъ планѣ. На сколько М. былъ воздержанъ до женитьбы, на столько же сталъ онъ невоздержанъ по вступленіи въ бракъ. Вскорѣ ему мало стало своей жены, и вотъ онъ начинаетъ пользоваться посторонними женщинами. По долгу службы ему часто приходилось развѣзжаться по различнымъ городамъ, и тутъ онъ, вдали отъ ревниваго ока своей жены, не брезгалъ заходить даже въ публичные дома. Вскорѣ однако, когда ему было 33 г. М., долженъ былъ поплатиться за свою развратную жизнь: онъ заразился *сифилисомъ*. Язва вскорѣ подъ вліяніемъ ртутнаго леченія зажила, и вторичныхъ явленій *інесъ*а никакихъ не послѣдовало. Прошло съ тѣхъ поръ 9 лѣтъ. Въ жизни больного перемѣнъ за это время ни-

какихъ не произошло. Семейныя отношенія были довольно сносны. Больной, хотя и продолжалъ измѣнять своей женѣ, но все это дѣлалось втайнѣ отъ послѣдней. Для дочери былъ добрымъ любящимъ отцомъ. Отношенія его къ родственникамъ своимъ были хорошия, сердечныя. Нѣкоторымъ изъ нихъ онъ оказывалъ даже матеріальную поддержку, воспитывалъ на свой счетъ двухъ племянниковъ и пр. Своимъ общественнымъ положеніемъ былъ вполнѣ доволенъ. Съ своими сослуживцами былъ въ хорошихъ отношеніяхъ и пользовался общей симпатіей. Но вотъ мѣсяца 3 назадъ за нимъ стали замѣчать перемену. Характеръ его сдѣлался какимъ-то *неровнымъ*, при малѣйшемъ поводѣ М. приходилъ въ *раздраженіе*. Прежде общительный, разговорчивый онъ дѣлается *молчаливымъ и угрюмымъ*. Настроеніе духа становится *трагичнымъ*. Отношенія къ окружающимъ близкимъ лицамъ также измѣняются. На жену и дочь онъ мало обращаетъ вниманія. На глазахъ у нихъ онъ начинаетъ ухаживать за посторонними женщинами. Въ обществѣ становится *неприличнымъ*. Въ присутствіи дамъ позволяетъ себѣ различныя непристойности. *Спать* по ночамъ сталъ *плохо*, вслѣдствіе появившихся за нѣсколько мѣсяцевъ передъ этимъ *головныхъ болей*, которыя были очень сильны и къ ночи имѣли особенность увеличиваться. Подъ вліяніемъ этихъ безсонницъ онъ сталъ очень много курить. Вскорѣ стали появляться *головокруженія съ потемненіемъ сознанія и наклонностью къ потерѣ равновѣсія*. Самъ больной сталъ также замѣчать, что съ нимъ творится что-то не доброе, и не разъ высказывать окружающимъ свои опасенія: «я или умру, или сойду съ ума», говорилъ онъ. Такъ продолжалось 3 мѣсяца. 10 сентября сего года больной при исполненіи своихъ служебныхъ обязанностей, получилъ за невнимательность къ дѣлу замѣчаніе отъ своего начальника-инженера. Считая себя оскорбленнымъ, онъ пришелъ въ негодованіе и тутъ-же хотѣлъ побить обидчика, но былъ удержанъ товарищами. Вечеромъ этого дня онъ отпѣвился въ циркъ. Когда онъ курилъ папиросу, къ нему подошелъ полицейскій чиновникъ и заявилъ, что курить въ циркѣ строго воспрещается. Больной не обратилъ на это замѣчаніе никакого вниманія, такъ какъ у блюстителя порядка у самого была во рту закуренная папироса. Послѣ вторичнаго замѣчанія онъ наконецъ не вытерпѣлъ и громогласно выругалъ полицейскаго чиновника, пославъ его въ неприличное мѣсто. Когда же больного окружила дюжина полицейскихъ, съ намѣреніемъ арестовать его, то онъ пришелъ въ сильное *буйство* многихъ изъ нихъ побилъ а арестовать себя не далъ. Возвратясь домой онъ обнаружилъ не обыкновенную *веселость, говорливость*, заставлялъ дочь играть на

рвался, а самъ началъ танцовать, прыгать, залѣзалъ подъ столъ, пѣлъ, кричалъ и пр. Окружающимъ едва удалось успокоить его порядочной дозой алкоголя. Такъ какъ больной вообще спиртныхъ напитковъ почти никогда не употреблялъ, или употреблялъ въ очень ограниченномъ количествѣ, то результатомъ этой дозы явился крѣпкій сонъ. На слѣдующій день больной былъ суетливъ, болтливъ, неприличенъ, раздражителенъ. У него явилось желаніе купить лошадей, экипажъ. Такъ какъ деньги были у жены и послѣдняя отказывалась дать ему ихъ, то больной употребилъ насилие и едва было не задушилъ свою жену. Отнявъ у нея 1000 съ лишкомъ рублей, онъ отправился на рынокъ и успѣлъ купить двѣ лошади за 600 рублей. Дальнѣйшая покупка была остановлена его знакомыми, которые, видя что больной *соритъ деньги*, сочли нужнымъ отобрать у него деньги, попросивъ ихъ какъ бы въ займы, на что больной безъ всякихъ колебаній согласился. Докторъ, приглашенный къ нему женою, счелъ нужнымъ отвезти его въ лечебницу для душевно-больныхъ, что удалось ему при помощи хитрости. Очутившись въ лечебницѣ больной пришелъ въ страшное буйство, выбилъ окна, хотѣлъ бѣжать, грозилъ убить свою жену, которая посадила его въ сумасшедшій домъ и пр. Ордinatorъ лечебницы посоветовалъ отвезти его въ Харьковъ. Больной не зналъ, что ожидаетъ его здѣсь. Обманутый вторично, онъ снова началъ *буйствовать*, побилъ безъ всякой причины привратника, наговорилъ массу дерзостей дежурному врачу, но наконецъ успокоился, порѣшивъ во чтобы то ни стало бѣжать отсюда и эта мысль не оставляла его до послѣдняго времени.

Status praesens. К. М., роста средняго, тѣлосложенія крѣпкаго; питаніе организма и количество крови вполне достаточное. Волосы на головѣ рѣдковаты, темнорусые съ сѣдиной; волосистость всего тѣла слабо выражена. Наибольшая окружность черепа 57 с.; затылочнo-ушная линія 34; лобно-ушная 31; теменно-ушная 34; подбородочно-ушная 34; прямой діаметръ черепа 20; кривая отъ glab. до protub. occip. ext. 33; поперечный діаметръ черепа 16; правый и лѣвый косой 19; діаметръ основанія черепа 12+13; діаметръ высоты 17; продольно-поперечный показатель 80 с.; продольно-высотный показатель черепа 94,2; высота лба 6; ширина лба 19; діаметръ лба 13; форма головы округленно-овальная уродливости и неправильности черепа нѣтъ. Типъ черепа суббрахицефалической. Въ лицѣ замѣчается небольшая *ассиметрія*—лѣвая половина нѣсколько опущена. Слизистыя оболочки розоваго цвѣта; подвижность вѣкъ нормальна, страбизма нѣтъ, *влажность и блескъ глазъ усилены; зрачки сужены*, причемъ лѣвый менѣе

праваго; первичная и вторичная реакція отсутствуетъ, поле зрѣнія нормально, острота зрѣнія $\frac{20}{20}$; свѣто и цвѣто сущеніе безъ измѣненій; при офтальмоскопированіи замѣчена гиперемія соска. Подвижность мускуловъ лица сохранена; во время ажитации замѣтны подергиванія угловъ рта. Чувствительность кожи лица сохранена и нормальна; въ выраженіи лица замѣчается утомленіе, ненормальность, до нѣкоторой степени тупость. Полость носа поражена хроническимъ катарромъ. При высовываніи языка замѣчается фибриллярное подергиваніе, язычекъ отклоненъ вправо. Вкусовые ощущенія не правильны: хининъ кажется ему сладкимъ. Обонятельныя ощущенія сохранены. Небо безъ измѣненій, зубы также. Величина ушей средняя, форма правильная. Область шеи нормальна, лимфатическія железы не прощупываются. Состояніе легкихъ и сердца нормально, пульсъ 60 уд. въ 1'; t^0 тѣла 36.7^0C . Въ области живота, со стороны печени и селезенки уклоненій нѣтъ, кишечникъ слегка вздутъ. Артеріальныя и венозныя сосуды безъ измѣненій. Мочи 800 к. с. въ сутки, желто-бураго цвѣта, безъ осадка, уд. в. 1.031 кислой реакціи, бѣлка и сахара не содержитъ. Въ состояніи мускуловъ мочевого пузыря и прямой кишки уклоненій нѣтъ. Половая дѣятельность усилена. Строеніе, чувствительность и подвижность позвоночника нормальны. Сухожильные, мускульные, болевые и вазомоторные рефлексy сохранены. Потоотдѣленіе и слюноотдѣленіе нормально. Динамометрія правой руки 65, лѣвой 55. На кожѣ никакихъ измѣненій нѣтъ. Подкожный жирный слой и мускулатура всего организма развиты хорошо. Вслѣдствіе головныхъ болей по ночамъ больной плохо спитъ. Нastroеніе духа больного эротическое. Количество ощущеній и представленій не уменьшено, но ассоціируются больше такія представленія, которыя подходят подъ его настроеніе и иногда бываютъ довольно нелѣпаго свойства. Нравственное чувство сильно понижено: цѣль жизни—половое удовлетвореніе; больной только и говоритъ о половыхъ наслажденіяхъ. По ночамъ больного преслѣдуютъ галлюцинаціи, ему кажется, что служитель приводитъ женщину въ комнату, смежную съ комнатою больного и совершаетъ coitus, при чемъ больной не только слышитъ соотвѣтствующіе этому разговоры, но даже самое дѣйствіе coitus'a. Подъ вліяніемъ такого настроенія ему каждую ночь снятся эротическаго характера сны и всякій разъ, какъ увѣряетъ больной, у него бываетъ эрекция съ истеченіемъ сѣмени. У больного замѣтно легкое ослабленіе какъ способности запоминанія, такъ и способности припоминанія. Сообразительность, сужденія и заключенія довольно правильны. Первые дни больной постоянно находился въ своей

комнатѣ и лежалъ на кровати, временами читалъ книгу; объяснялъ онъ это тѣмъ, что въ больницѣ скучно, дышать не чѣмъ. Спустя недѣли полторы больной началъ выходить въ общій залъ, гдѣ игралъ съ другими больными на бильярдѣ и въ домино. Письмо больного не представляетъ ничего особеннаго, за исключеніемъ незначительныхъ грамматическихъ ошибокъ и замѣны однихъ буквъ другими.

Пробылъ больной въ клиникѣ два мѣсяца съ половиной съ 17 сентябрю по 1-е декабря и за это время произошла слѣдующая перемѣна съ состояніемъ его здоровья: дрожаніе рукъ прекратилось, эротизмъ исчезъ. Въ мыслительной дѣятельности также произошло улучшеніе: больной сталъ сдержаннымъ, пересталъ говорить сальности, галлюцинаціи исчезли. Въ обществѣ держалъ себя очень прилично.

XXII. Больной М. Н. Л.-П., 35 лѣтъ капитанъ, православный, холостъ; въ семьѣ его были члены съ предрасположеніемъ къ душевнымъ болѣзнямъ. Отецъ больного до 35-ти лѣтняго возраста велъ строгую и умѣренную жизнь, съ 35-ти лѣтняго возраста, безъ видимыхъ для окружающихъ его причинъ, сталъ угрюмымъ несообщительнымъ, страдалъ приступами тоски, доходящей до стремленія къ самоубійству, кромѣ того сталъ сильно злоупотреблять спиртными напитками. Два брата больного также отличаются своею несообщительностью и злоупотребляютъ спиртными напитками. Бабушка съ отцовской стороны умерла скоропостижно отъ удара. Случаевъ самоубійства, поразительной безнравственности и тѣлесныхъ уродствъ въ семьѣ больного не наблюдалось. Въ кровномъ родствѣ родители не состояли. При зачатіи отцу было 27, а матери 26 лѣтъ. Наружностью и тѣлеснымъ сложеніемъ Л. походитъ на дѣда со стороны матери, характеромъ же на отца. Въ дѣтствѣ была золотуха. Здоровье матери во время беременности больнымъ было совершенно удовлетворительное и роды были своевременны. До 15 лѣтняго возраста больной былъ лунатикомъ. Въ дѣтствѣ отличался послушностью, застѣнчивостью и пугливостью; дѣтскими играми вообще онъ не интересовался. Со стороны умственного и тѣлеснаго развитія никакихъ уклоненій не наблюдалось. Умственные способности были довольно хороши; онъ на 17-мъ году жизни кончилъ курсъ въ кадетскомъ корпусѣ. Половое созрѣваніе наступило на 17-мъ году его жизни. Излишество въ половомъ отпращиваніи наблюдалось въ раннемъ

возрастѣ; при чемъ на 19-мъ году онъ получилъ *сифилисъ*. Въ возмужаломъ возрастѣ былъ крѣпкаго тѣлосложенія. На 22 году жизни (въ 1877—78 годахъ) явились *боли въ ногахъ, боли головы* и вообще *болѣла кость* и было постоянное лихорадочное состояніе. Въ это время онъ былъ на войнѣ на Балканахъ. Въ 87 году больной ѣздилъ въ Пятигорскъ лечиться отъ болей ногъ и лечился сѣрными ваннами и ртутными втираніями. Больной религіозенъ, очень самолюбивъ. Онъ былъ доволенъ своимъ общественнымъ положеніемъ; всѣ считали его труженникомъ, умнымъ и дѣлательнымъ человѣкомъ. Умственныхъ и психическихъ напряженій до заболѣванія не наблюдалось. Привычку курить больной приобрѣлъ на 16-мъ году жизни, курилъ постоянно и очень много. Настоящая болѣзнь его стала замѣтна съ апрѣля мѣсяца 1889 года. Незадолго до яснаго проявленія болѣзни у него наблюдалось *ослабленіе памяти*. Съ мая мѣсяца у больного произошла рѣзкая перемѣна въ характерѣ; изъ скромнаго, энергичнаго и трудолюбиваго, нравственнаго человѣка онъ сдѣлался совершенно *безнравственнымъ*; сталъ *чуждаться своего общества*. Сталъ сильно *злоупотреблять спиртными напитками* и временами *предавался разврату*. Говорилъ *сальности* сослуживцамъ; въ публичныхъ мѣстахъ велъ себя неприлично. Больной съ этого времени сталъ *разговорчивѣе* и подвижнѣе. Дѣлался *раздражительнѣе*, когда ему дѣлали замѣчанія; изъ бережливаго и расчетливаго сдѣлался *рассточительнѣе* и *несдержаннымъ* въ своихъ прихотяхъ. Покупалъ вещи совершенно ему ненужныя и неподходящія для его возраста, напр. всевозможныя игрушки, чашки, спринцовки. Всѣ эти вещи пряталъ въ своемъ карманѣ. Купилъ нѣсколько цѣнныхъ часовъ и спряталъ у себя въ комнатѣ подъ печью. Сталъ *неряшливъ* и забывчивъ. Въ обществѣ застегивалъ брюки. Въ *письмахъ* дѣлалъ *пропуски слоговъ* и буквъ. Съ іюля мѣсяца того же года сталъ еще хуже вести себя; на примѣръ, въ публичномъ саду однажды раздѣлся и легъ на скамью; на одномъ же смотрѣ въ присутствіи генераловъ и офицеровъ онъ раздѣлся и въ одномъ нижнемъ бѣлѣ легъ на землю. При поступленіи въ клинику была замѣтна *полиурія* безъ патологическихъ свойствъ мочи; кромѣ того замѣчалась сильная *потеря сообразительности*. Живя у матери передъ поступленіемъ въ клинику, онъ безъ надобности испражнялся въ комнатѣ. Последнее время страдалъ *головными болями*. При появленіи этихъ болей у него наблюдались рвоты и поносы.

Status praesens. Больной высокаго роста (182 снт.), крѣпкаго тѣлосложенія. Объемъ груди 110 снт.; вѣсъ тѣла 6 п. 18 ф.; питаніе организма вполне достаточное.—Волосы на головѣ равно-

мѣрно рѣдки; волосистость же всего тѣла выражена слабо. Наибольшая окружность черепа 57 с.; затылочноушная линія 13 с.; лобовушная 16,4 с.; темянноушная 17; подборочноушная 17, прямой діаметръ черепа 19,5; кривая отъ glab. до protuber. occip. ext. 35 с.; поперечный 15 с.; правый косой 18; лѣвый косой 18; діаметръ основанія черепа 13+14; діаметръ высоты черепа 17; продольно-поперечный показатель черепа 77; продольно-высотный 87. Высота лба 7 с., ширина лба 18. — Форма головы округленно-овальная; уродливостей и неправильностей черепа нѣтъ. Типъ черепа брахицефалическій. — Лицо безъ особенностей; слизистыя оболочки розоваго цвѣта; подвижность вѣкъ нормальна; подвижность глазъ, влажность и блескъ ихъ также нормальны; страбизма не замѣчается. — *Зрачки* слегка равномерно сужены; какъ первичная, такъ и вторичная реакція вполне нормальны. Поле зрѣнія неограничено; Vis. d ext. et sin. = $\frac{20}{20}$. Свѣто и цвѣто-ощущеніе нормальное. Подвижность мускуловъ лица и чувствительность кожи лица нормальны. — Выраженіе лица апатичное, вялое, безразличное; полость носа ничего особеннаго не представляетъ. *Языкъ* слегка обложенъ бѣловатымъ налетомъ и при высовываніи его замѣчается *фибрилярная дрожь*; язычекъ и зѣвъ гиперемированы; вкусовые и обонятельныя ощущенія не извращены. — Зубы всѣ цѣлы, не каріозны; уши средней величины, правильныя формы. — Острота слуха праваго уха — 103 сант.; лѣваго 59 с.; слухъ черезъ черепъ сохраненъ. — Область шеи никакихъ измѣненій не представляетъ; лимфатическія железы шеи не увеличены; паховыя же слегка увеличены. — Состояніе легкихъ и сердца нормальное; тоны сердца совершенно чисты. Пульсъ 50 уд. въ 1'. — Печень и селезенка ничего ненормальнаго не представляютъ; кишечникъ слегка вздутъ газами; отпаиваніе его вполне нормальное. — Артеріальные и венозные сосуды безъ измѣненій. — Количество мочи 3250 к. снт., уд. в. 1015, бѣдно-желтаго цвѣта, кислой реакціи, бѣлка и сахара въ ней нѣтъ; микроскопическое изслѣдованіе также дало отрицательный результатъ. — Состояніе мускулатуры мочевого пузыря и прямой кишки нормальное. Строеніе позвоночника правильное и подвижность его вполне сохранена. Строеніе верхнихъ и нижнихъ конечностей никакихъ измѣненій не представляетъ; мускулатура ихъ развита очень хорошо. — При поднесеніи стакана съ водою ко рту у больного замѣтно легкое *дрожаніе рукъ*. *Походка* вялая, *похожа на паралитическую*. Сократимость мышцъ подъ вліяніемъ постояннаго тока безъ особенностей. Тактильная чувствительность кожи слегка ослаблена, температурное чувство нормально, болевое чувство немного понижено. Сухожильные реф-

лексы: пателлярный нормаленъ, локтевой повышенъ. Мускульные рефлексы: брюшной, подошвенный и stemaster'a нормальны; осязательные и вазомоторные немного увеличены, болевые немного ослаблены.—Сила правой руки 50, лѣвой 45.—Пото и слюноотдѣленіе нормальное. Подкожный жирный слой, какъ и мускулатура всего организма развиты хорошо.—Кости скелета развиты совершенно правильно.—Сонъ хорошъ, аппетитъ отличный.—Субъективныхъ жалобъ не предъявляетъ. *Вниманіе* къ окружающей обстановкѣ *ослаблено*. Способность воспріятія внѣшнихъ впечатлѣній и проводимость ихъ почти нормальны. Иллюзій и галлюцинацій органовъ чувствъ нѣтъ. Въ образованіи *представленій заплѣтло ослабленіе; количество ихъ уменьшено*; холъ представленій правильный, но съ значительной вялостью.—Ошибочныхъ и ложныхъ представленій мало замѣтно; ассоціація представленій рѣзко не нарушена.—Способность запоминанія ослаблена, припоминанія тоже ослаблена.—Сознаніе окружающей обстановки сохранено, сужденія и заключенія изрѣдка ошибочны.—*Настроеніе духа подавленное, грустное*; нравственное чувство ослаблено въ отрицательную сторону.—Поступки вялы, медленны, рѣчь также вялая; въ письмѣ проявляется небрежность, замѣчаются недописки, пропуски словъ и буквъ. Больной любитъ читать, но плохо усваиваетъ прочитанное. Къ самому себѣ небреженъ и неряшливъ; такъ, у него часто можно замѣтить брюки растегнутыми, а изъ брюкъ торчащую рубашу; на брюкахъ замѣтна масса сальныхъ и грязныхъ пятенъ.

За время пребыванія больного въ клиникѣ (съ 17 сентября по 9 ноябрю) съ нимъ произошли слѣдующія перемѣны: походка стала болѣе увѣренной и не такой шаткой, дрожи въ рукахъ не наблюдалось, вялость рѣчи, апатія, ослабленіе сообразительности исчезли и память стала значительно лучше: прочитанное можетъ рассказать довольно подробно и толково. Головные боли не наблюдались; количество мочи дошло до 1100—1200 въ сутки.—Поліурія при сифилисѣ мозга явленіе далеко нерѣдкое и подъ вліяніемъ антисифилитическаго леченія излечивается очень быстро и надежно. Проф. Ковалевскій на своихъ лекціяхъ заявлялъ, что ему приходилось наблюдать достаточно случаевъ diabetes insipidus при сифилисѣ мозга и всѣ они окончились вполне благополучно. Подобный случай поліуріи съ благопрі-

ятнымъ исходомъ описали Дг Сурукчи ¹⁾ изъ клиники проф. И. Н. Оболенскаго. Кромѣ того въ послѣднее время по этому предмету мы встрѣчаемъ наблюденія Икова ²⁾, Богданова ³⁾ и др.

XXIII. Больной Я. С., 33 л., крестьянинъ, мясникъ, православный, холостъ, грамотенъ, пользовался амбулаторно въ поликлиникѣ отъ *сильныхъ головныхъ болей, паралича лѣваго верхняго вѣка и двоенія въ глазахъ*. Больной роста 170 см., тѣлосложенія крѣпкаго, въ паховой области увеличеніе лимфатическихъ железъ. Область черепа безъ особенностей. *Лѣвое вѣко опущено* и неподвижно; *подвижность лѣваго глаза* кверху, кнаружи и книзу *ограничена*, strabismus div. oculi sinistri и легкій *экзофтальмъ*; *зрачки расширены*, лѣвый больше, чѣмъ правый; первичная и вторичная *реакція* для лѣваго глаза *отсутствуетъ*, для праваго уменьшена; *сосокъ лѣваго глаза имѣетъ блѣдно-атрофическій видъ*,— правый глазъ безъ особенностей. Въ остальномъ больной никакихъ болѣзненныхъ явленій не представляетъ.—*Отецъ больного пилъ запоемъ*; другіе члены семейства не представляли никакихъ особенностей. 29 л. С. началъ сильно пить, нерѣдко *запоемъ*,—а также сильно курилъ. Въ дѣтствѣ С. имѣлъ приступы судорогъ. На 18-мъ году получилъ *сифилисъ* съ сыпью по тѣлу и нарывами лимфатическихъ железъ. 20 лѣтъ явились *головныя боли и ломота въ рукахъ и ногахъ*, усиливавшіяся къ ночному времени. Боли особенно сосредоточивались въ теменной области. Эти боли съ перемѣжками существуютъ и до настоящаго времени. 30 лѣтъ имѣлъ два *эпилептическихъ припадка*. Съ этой поры больной началъ замѣчать двоеніе зрѣнія,—скоро къ этому присоединилось и опущеніе лѣваго вѣка.

Подъ вліяніемъ энергичнаго ртутнаго и іоднаго леченія, строгой діеты и фарадизаціи, больной въ два мѣсяца былъ здоровъ.

¹⁾ С. Сурукчи, Сифилитическое несахарное мочеизнуреніе, Врачъ, 1890. № 1.

²⁾ Иковъ, Случай diabetes insipidus при сифилисѣ мозга, Протоколы Московскаго физико-медицинскаго общества, 1890.

³⁾ Богдановъ, Случай сифилиса мозга, тамъ же.

XXIV. М. Г., 46 л., мѣщанка, еврейка, замужняя, грамотная пользовалась въ поликлиникѣ отъ головной боли, тошноты, рвоты и душевнаго разстройства. Больная имѣла здоровыхъ родителей; въ дѣтствѣ проявляла золотуху. 20 лѣтъ вышла замужъ и черезъ 8 мѣсяцевъ *родила мертваго ребенка*, вслѣдствіе *сифилитическаго заболѣванія мужа*; дѣтей больше не имѣла. Спустя лѣтъ 7 у больной начала появляться *разбитость, усталость, уныніе, душевная пустота и отчаяніе*. Въ это же время у нея были *ревматическія боли въ ногахъ*, усиливавшіяся по ночамъ и недававшія ей спать. Это состояніе длилось около 3-хъ мѣсяцевъ и подъ вліяніемъ какого-то леченія прошло. Спустя пять лѣтъ, вслѣдствіе испуга, у нея *развился буйный бредъ*, прошедшій безслѣдно черезъ семь дней. Спустя нѣсколько мѣсяцевъ у больной явились *жестокія головныя боли и ослабленіе умственной дѣятельности*. Кромѣ того больная безъ всякаго повода часто становилась *злой и раздражительной*; а по временамъ на нее находили *приступы страха и отчаянія*. Два мѣсяца тому назадъ къ общей картинѣ присоединились: *потеря аппетита, головокруженіе, тошнота, по временамъ рвоты, бессонница и приступы буйства*. При изслѣдованіи найдено: *увеличеніе шейныхъ, подмышечныхъ и паховыхъ лимфатическихъ железъ*; на лбу, шеѣ и рукахъ атрофическіе пигментированные рубцы; въ области праваго лобнаго бугра легкое болѣзненное припуханіе. *Зрачки сужены и реакція ихъ ослаблена*; легкая застойная гиперемія дна обоихъ глазъ. Языкъ слегка дрожитъ; упорные запоры; сухожильные рефлексы понижены. *Вниманіе къ окружающей обстановкѣ ослаблено*; представленія неясныя и неотчетливыя,—способность запоминанія и припоминанія ослаблена; настроеніе духа подавленное; сообразительность ослаблена и нерѣдко представляетъ безпорядочность. Рѣчь медленная, большею частью разумная; но иногда бессмысленная и ошибочная. Иногда у нея являются страшныя и печальныя мысли, подъ вліяніемъ которыхъ она забывается и приходитъ въ буйство. Къ этому нерѣдко присоединяются ужасающія и поражающія зрительныя и слуховыя галлюцинаціи. Иногда являются насильственныя движенія въ видѣ пляски и пѣнія не-

приличныхъ пѣсенъ, при полномъ сознаніи больной всего ихъ неприличія и непозволительности.

Подъ вліяніемъ двухмѣсячнаго ртутнаго и іодистаго леченія, въ связи съ противунервнымъ, больная очень оправилась: головныя боли исчезли, память улучшилась, тоска прошла, приступы возбужденія исчезли, явился сонъ и спокойствіе, а также возможность хотя немного заниматься хозяйствомъ.

XXV. Н. грекъ, 32 лѣтъ, женатъ, грамотенъ. Отецъ дожилъ до 90 л., мать до 75 л., — оба никакихъ нервныхъ разстройствъ не представляли. Въ дѣтствѣ Н. былъ мальчикомъ веселымъ, общительнымъ, съ прекрасными дарованіями. Окончивъ гимназію, онъ долженъ былъ заниматься торговлей. Имѣя твердый характеръ и непреклонную волю, онъ составилъ себѣ порядочное состояніе. Иногда у него бывали головныя боли и какіе-то приступы. Девягъ лѣтъ назадъ Н. имѣлъ сифилисъ съ слабыми вторичными явленіями. За то спустя два года у него усилились головныя боли. Больной нерѣдко проявлялъ горячность и вспыльчивость. Вмѣстѣ съ усиленіемъ головныхъ болѣй, за послѣдніе 2—3 года больной замѣтилъ *ослабленіе памяти, апатію, нежеланіе думать, пустоту въ головѣ и неспособность сосредоточиться на какой-либо мысли*. Больной сталъ слабымъ, мрачнымъ, *раздражительнымъ*; началъ предпочитать тишину и уединеніе. Къ этому присоединились *скрытность, недовѣріе къ окружающимъ и подозрительность*. Вслѣдствіе упорной головной боли у больного явилась значительная *бессонница*; если же онъ и засыпаетъ, то часто просыпается отъ ощущеній и представленій, чго онъ падаетъ въ море, пропасть, со скалы и проч., при чемъ онъ начинаетъ бредить, кричать и вскакивать съ постели. Кромѣ того больной жалуется на *головокруженіе, ломотъ въ ногахъ, половое безсиліе и обморочные приступы съ потерю сознанія на 3—5'*. Съ этими явленіями Н. поступилъ въ психіатрическую клинику.

Status praesens. При изслѣдованіи обнаружены слѣдующія болѣзненные явленія: полуопущенность обоихъ верхнихъ вѣкъ, уплотненіе шейныхъ лимфатическихъ

железъ, ослабленіе мочевоы струи и нѣсколько затрудненное мочеиспусканіе и отсутствіе скротальнаго рефлекса; остальные явленія были тѣже, что въ анамнезѣ обозначены.

Подъ вліяніемъ ртутнаго и іодистаго леченія, термокаутеризаціи, электрическихъ ваннъ, суспензій, правильного образа жизни и питанія, — больной почти совершенно оправился и вышелъ вполне годнымъ къ работѣ.

XXVI. И. Б., 30 л., купецъ, православный, грамотенъ, холостъ. Отецъ больного былъ горькій пьяница; мать здоровая женщина. У больного умерло шесть братьевъ въ дѣтскомъ возрастѣ и остался одинъ братъ и сестра здоровые. Окончивъ уѣздное училище, больной принялся за торговлю, при чемъ всегда былъ дѣятеленъ, общителенъ и веселъ. На 26 году получилъ *сифилисъ*, при чемъ чрезъ полъ года появилась слабая, легкая сыпь по тѣлу; тѣмъ не менѣе эта сыпь произвела на больного крайне удручающее впечатлѣніе. Только послѣ исчезновенія сыпи, подъ вліяніемъ меркуріальнаго леченія, Б. нѣсколько успокоился. Однако меркуріальное леченіе оставило и свою печать на больномъ, вызвавъ въ немъ страхи на счетъ меркуріализма. Боясь заразы, больной прекратилъ сношенія съ женщинами и предался онанизму, за что былъ страшно наказанъ чтеніемъ книгъ о вредѣ онанизма. Мало того, зная весь вредъ онанизма, больной продолжалъ свои упражненія въ немъ. При этомъ появилось подавленное настроеніе духа, тоска, *головныя боли*, особенно по ночамъ, — *головокруженіе и ломота въ ногахъ*. Подъ вліяніемъ антисифилитическаго леченія больной оправился и поѣхалъ на мѣсто. Черезъ годъ *головныя боли* возобновились, явилось ухудшеніе и *потемнѣніе зрѣнія*, *ослабленіе памяти*, *нерасположеніе къ дѣятельности* и по временамъ *ошибки въ счисленіи*. Все это заставило больного оставить занятія и обратиться въ поликлинику нервныхъ и душевныхъ болѣзней за помощью. Больной роста 172 с., тѣлосложенія умѣреннаго. Со стороны организма особенныхъ уклоненій нѣтъ. Запоры. Лимфатическія железы, особенно паховыя, значительно увеличены. На *penis* рѣзкій рубецъ, эрекціи очень часты, — часты и поллюціи. Правый зрачекъ слегка

расширенъ; первичная и вторичная реакція ослаблены; *papilla n. optici* обоихъ глазъ нѣсколько гиперемирована и припухша. Сонъ недостаточный. Вниманіе къ окружающей обстановкѣ и самому себѣ понижено; больной очень неряшливъ и нечистоплотенъ. Количество представлений уменьшено,—самъ больной сознаетъ, что у него въ головѣ пустота и не достаетъ мысли. Способность запоминанія значительно ослаблена; но еще болѣе ослаблена способность припоминанія, при чемъ больной не въ состояніи припомнить самыхъ важныхъ обстоятельствъ жизни. Больной испытываетъ ощущеніе, что голова его какъ бы «придавлена доской» и «въ срединѣ одна пустота»,—онъ боится сойти съ ума и часто смотритъ въ зеркало—не видно ли на лицѣ выраженія сумасшествія. Рядомъ съ этимъ больной жалуется на жестокія головныя боли, особенно по ночамъ; боль эта засѣла въ глубинѣ головы какъ гвоздь и ни чѣмъ ее оттуда не выгонишь. Рядомъ съ этимъ больной жалуется на приступы *дурноты* и *полнаго разслабленія организма*. Это разслабленіе длится 20—30', а иногда 1—2 часа, а за тѣмъ все проходитъ.

И на этотъ разъ энергичное противусифилитическое леченіе въ связи съ правильной діетой, примѣненіемъ электротерапіи, термסקаутеризаціи и проч. поправили больного, такъ что онъ могъ вновь занять мѣсто въ магазинѣ.

XXVII. Н. Ч., 41 г., торговецъ, женатъ, православный, грамотенъ. Ростъ 176 с., вѣсъ тѣла 4 п. 24 ф., питаніе организма удовлетворительно. *Зрачки* равномерно сужены; выраженіе лица неопредѣленное, *Языкъ* умѣренно дрожитъ; язычекъ гиперемированъ и удлинень, острота слуха праваго уха 10 с., лѣваго 8 с.,—слухъ черезъ черепъ отсутствуетъ. Лимфатическія железы шеи и паховъ увеличены и плотны; *артеріальные* сосуды слегка *склерозированны*. Кожныя чувства и мышечная сократимость подъ вліяніемъ раздраженія электрическимъ токомъ понижены; кожный рефлексъ пониженъ. Сонъ больше обыкновеннаго. *Вниманіе* къ окружающей обстановкѣ значительно *понижено*. Воспріятіе внѣшнихъ впечатлѣній, проводимость ихъ, количество и качество представлений ограничены. Способность *запоминанія* и *припоминанія* значительно *ослаб-*

лены. Ассоціація представлений вяла, ограничена и неправильна. Сужденія и заключенія ошибочны, отрывочны и часто безсмысленны. Рѣчь вялая, неохотная, отрывочная, неправильная въ смыслѣ произношенія, — языкъ какъ бы обваренъ и скрадываетъ слоги и буквы. Письмо зигзагообразно, неровно, съ пометками и кляксами.

Отецъ и мать больного много пили, отецъ разбитъ параличемъ. Самъ больной въ дѣтствѣ былъ плаксивъ, раздражителенъ и туповатъ. Больной женатъ и имѣлъ девять дѣтей, изъ которыхъ шесть дочерей умерли въ дѣтствѣ, а три сына живы. 4 года назадъ больной заразился *сифилисомъ*. Въ теченіи послѣднихъ двадцати лѣтъ очень злоупотреблялъ алкоголемъ и становился пьянымъ отъ очень малыхъ порцій алкоголя. Нѣсколько мѣсяцевъ назадъ больной началъ небрежно относиться къ своимъ дѣламъ, шататься безцѣльно по улицамъ, безсмысленно сорить деньгами, потерялъ аппетитъ и сонъ и нерѣдко «заговаривался». Память значительно ослабѣла.

Подъ вліяніемъ противосифилитическаго и измѣняющаго леченія, а также правильной жизни и обстановки въ теченіе двухъ мѣсяцевъ пребыванія въ клиникѣ состояніе больного нѣсколько улучшилось; но, въ виду сочетанія двойного болѣзнетворнаго воздѣйствія, едва ли и возможно было рассчитывать на полное исцѣленіе больного въ такой короткій срокъ времени.

Варшавская лечебница и колонія для душевно-больныхъ.

А. П. Драгомановъ.

15 ноября 1891 года, близъ Варшавы, въ имѣніи Творкахъ, освящена и официально открыта *Варшавская лечебница и колонія для душевно-больныхъ*. Этому заведенію, находящемуся въ вѣдѣніи министерства внутреннихъ дѣлъ, предстоитъ занять выдающееся мѣсто среди другихъ русскихъ заведеній для душевно-больныхъ; особенное же значеніе получаетъ оно для Привислянскаго края, столь бѣднаго благоустроенными заведеніями этого рода и столь богатаго душевно-больными. Считаемо долгомъ познакомить товарищей съ нѣкоторыми особенностями вновь открытой лечебницы.

Лечебница состоитъ изъ 15 каменныхъ зданій и многихъ службъ. Эти зданія можно раздѣлить на двѣ группы; первую группу составляютъ зданія лечебницы въ болѣе тѣсномъ смыслѣ слова, а вторую—колонія или ферма. Область обѣихъ группъ заключаетъ въ себѣ до 50 десятинъ земли съ прекраснымъ сосновымъ паркомъ, отдѣляющимъ собственно лечебницу отъ фермы.

Зданія лечебницы. 1. Административное зданіе лечебницы—трехъэтажное зданіе, въ которомъ находятся: квартира директора лечебницы, канцелярія смотрителя и бухгалтера, а равно квартиры этихъ лицъ, залъ за сѣданій совѣта и правленія лечебницы, квартира одного изъ ординаторовъ, а также квартиры нѣкоторыхъ другихъ служащихъ лицъ. Въ этомъ зданіи находится отдѣленіе для выздоравливающихъ и больныхъ съ переходными формами; здѣсь же могутъ быть по-

иѣщаемы и нейропаты, такъ какъ оно изолировано отъ собственно душевно-больныхъ. 2 и 3. Павильоны для 102 больныхъ неимущихъ, или бесплатныхъ. Это—большія двухъ-этажныя зданія внушительныхъ размѣровъ; каждое изъ нихъ состоитъ изъ слѣдующихъ семи отдѣлений: а) спокойное, б) полуспокойное, с) безпокойное, d) эпилептическое, е) буйное, f) неопрятное и g) лазаретъ; здѣсь-же—квартиры старшихъ ординаторовъ, надзирателя и двухъ фельдшеровъ, а въ женскомъ павильонѣ—фельдшерицъ. Освѣщеніе здѣсь, какъ и въ остальныхъ павильонахъ, электрическое, отопленіе въ буйномъ и неопрятномъ отдѣленіяхъ воздушное, при помощи калориферовъ,—въ остальныхъ же отдѣленіяхъ обыкновенное, причемъ комнаты ночного пребыванія отапливаются голландскими печами (топка съ корридоровъ), а палаты дневного пребыванія—вентиляционными печами. Матерьяломъ для топлива служитъ каменный уголь, доставляемый по сходной цѣнѣ изъ близко отстоящаго Сосновицкаго каменно-угольнаго бассейна. Къ числу особенностей этихъ, а равно и другихъ павильоновъ лечебницы, относятся хорошо устроенныя изоляціонныя камеры, снабженныя асфальтовымъ поломъ со сточными отверстіями, закругленными углами, воздушнымъ отопленіемъ и особыми клозетами; не дурно устроены также и окна, желѣзныя рамы которыхъ съ успѣхомъ маскируютъ прочныя рѣшотки; въ нѣкоторыхъ изъ рамъ, въ буйномъ отдѣленіи, вдѣланы толстыя, корабельныя стекла. Какъ окна, такъ и двери закрываются спеціальными затворами. 4 и 5. Павильоны для 42 больныхъ, двухъ-этажныя зданія, устроенныя по тому же типу, какъ и предыдущія и состоящія изъ такихъ же отдѣлений, кромѣ полуспокойнаго, котораго не имѣютъ. Здѣсь же квартиры ординаторовъ, фельдшера и фельдшерицы. Эти павильоны предназначены для пансіонеровъ 2-го класса, платящихъ 45 руб-

лей въ мѣсяцъ. Для спокойныхъ и беспокойныхъ больныхъ здѣсь имѣются отдѣльныя дневныя и ночныя помѣщенія, изъ которыхъ первыя представляютъ собой большія, хорошо обставленныя залы. 6 и 7. Павильоны для пансіонеровъ 1-го класса, также двухъ-этажныя зданія, каждое на 10 человѣкъ, платящихъ по 75 рублей въ мѣсяцъ. Здѣсь также для дневного пребыванія больныхъ служатъ отдѣльные залы и столовая, а для ночного—10 комнатъ, обставленныхъ уже съ нѣкоторой изысканностью. Всѣ описанныя выше павильоны пользуются особой системой вентиляціи, дѣйствующей при помощи электричества. 8. Зданіе кухни и прачешной; въ обѣихъ примѣняется паръ: въ кухнѣ онъ проходитъ подъ котлами и чрезъ нихъ, а въ прачешной онъ пропускается чрезъ эксцентрически-установленные вращающіеся цилиндры, служащіе для варки бѣлья, согласно требованіямъ асептики; здѣсь же и движимая паромъ выжималка. Въ верхнемъ этажѣ устроены паровая сушильня и катокъ. Часть силы, развивающейся при работѣ приспособленій прачешной, трансформируется въ электро-моторную силу, дающую движеніе вентиляторамъ, устроеннымъ въ павильонахъ; въ ночное же время вентиляторы приводятся въ дѣйствіе спеціальной динамо-машиной. 9. Слѣдующее зданіе—механическое; въ немъ сосредоточены всѣ моторно-механическіе аппараты, а также электромоторы, служащіе для освѣщенія. Электрическое освѣщеніе придаетъ большой комфортъ всѣмъ зданіямъ; кромѣ того, внѣ зданій имѣется восемь большихъ, высокихъ фонарей, также электрическихъ; два изъ нихъ находится въ паркѣ, который ночью получаетъ довольно эффектный видъ, напоминая тогда собой декорацию большого театра. Въ области лечебницы находится еще римско-католическая каплица, при которой устроена покойницкая съ подъемной машиной и комната для вскрытій.

Ферма, или колонія составляется пятью главными зданіями: 1. Администрація фермы,—2 и 3, павильоны для женщинъ,—4 и 5—павильоны для мужчинъ. Каждый изъ этихъ павильоновъ устроенъ на 25 человекъ; здѣсь нѣтъ уже специальныхъ затворовъ, а существуетъ «ореп доогъ». Въ зданіи администраціи фермы, кромѣ квартиры завѣдующаго фермой старшаго ординатора, устроены мастерскія для предположенныхъ занятій больныхъ столярнымъ, кузнечно-слесарнымъ, портняжнымъ и сапожнымъ ремеслами; для каждого изъ нихъ отчасти уже наняты, отчасти же имѣется въ виду нанять мастеровъ—специалистовъ, которые могли бы обучать больныхъ мастерству и руководить ихъ работами. При колоніи, какъ было уже сказано, имѣется около 50 десятинъ земли, предназначенной для занятій больныхъ земледѣліемъ, огородничествомъ, скотоводствомъ и вообще для сельско-хозяйственныхъ работъ. Въ этой же области устроены бассейны, собирающіе воды по канализаціонной системѣ, для орошенія полей и огородовъ.

Таковы выдающіяся черты внѣшняго устройства вновь-открытой лечебницы. Что касается внутренней ея организаціи, то она выражается двумя категориями служащихъ. Къ первой категоріи относится медицинскій персоналъ, состоящій изъ директора, 3-хъ старшихъ ординаторовъ, 4-хъ младшихъ ординаторовъ, 4-хъ фельдшеровъ и 3-хъ фельдшерицъ; ко второй—смотритель, бухгалтеръ-письмоводитель, 5 надзирателей, столько-же надзирательницъ, экономка, костелянша, механикъ, а также священнослужитель. Во главѣ всего дѣла поставленъ директоръ, которому подчинены всѣ остальные служащіе лица, какъ врачебнаго, такъ и неврачебнаго персонала. Кромѣ того, лечебница имѣетъ еще два своихъ учрежденія—совѣтъ и правленіе. Первый занимается обсужденіемъ наиболее важныхъ вопросовъ по врачебной части и рассмотрѣ-

ніемъ отчетовъ по отдѣленіямъ лечебницы, а второе завѣдываетъ хозяйственной частью лечебницы. Совѣтъ образуется, подъ предсѣдательствомъ директора, изъ всѣхъ ординаторовъ. Правленіе состоитъ, также подъ предсѣдательствомъ директора, изъ трехъ ординаторовъ, смотрителя и эконома; въ обоихъ засѣданіяхъ дѣла рѣшаются большинствомъ голосовъ. Такой порядокъ дѣла ставитъ его совсѣмъ въ другія условія, чѣмъ это наблюдается въ земскихъ и нѣкоторыхъ городскихъ психіатрическихъ больницахъ, и мы приветствуемъ его, какъ проявленіе новой эры въ исторіи отечественнаго призрѣнія душевно-больныхъ, служащей залогомъ дальнѣйшаго преуспѣянія сложнаго и многотруднаго дѣла леченія и призрѣнія этихъ больныхъ! Въ слѣдующей статьѣ мы рассчитываемъ побесѣдовать о нѣкоторыхъ другихъ особенностяхъ и частностяхъ устройства и внутренней организациі Варшавской лечебницы и колоніи для душевно-больныхъ.

ЭПИЛЕПСІЯ

Проф. П. И. Ковалевскій.

ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ.

2. психическая эпилепсія.

Душевное разстройство стоит по отношенію къ эпилепсіи въ различной взаимной связи: душевное разстройство можетъ служить выраженіемъ эпилептического приступа или быть его эквивалентомъ,—это будетъ въ собственномъ смыслѣ *психическая эпилепсія*; душевное разстройство можетъ являться слѣдствіемъ эпилептического страданія, въ видѣ напр. эпилептического слабоумія; душевное разстройство можетъ развиваться не въ зависимости отъ эпилепсіи, а въ связи съ нею на почвѣ эпилептического діатеза и на почвѣ тѣхъ патолого-анатомическихъ измѣненій, которыя обуславливаютъ и эпилепсію и психозъ; наконецъ, эпилепсія можетъ являться совмѣстно съ тѣмъ или другимъ психозомъ, независимо другъ отъ друга, какъ глисты и лихорадка и проч.

Для насъ наибольшій интересъ представляютъ тѣ случаи душевнаго разстройства, которые служатъ выраженіемъ и проявленіемъ эпилептического психо-нейроза и служатъ эквивалентомъ судорожнаго приступа. Эти случаи извѣстны уже съ давняго времени и обращали на себя вниманіе какъ врачей, такъ и общества. Разительнымъ образцомъ этой формы душевнаго эпилептического разстройства служитъ буйство Геркулеса во время жертвоприношенія. Эти случаи буйства и будутъ представлять собою форму *психической эпилепсіи*.

Подъ именемъ *психической эпилепсіи* разумѣется форма душевнаго разстройства, служащая психическимъ проявленіемъ эпилептическаго діатеза. Эта форма эпилепсіи часто бываетъ совмѣстна съ приступами судорожной эпилепсіи, но можетъ проявляться и безъ послѣдней; тѣмъ не менѣе она настолько типична, что и безъ приступовъ судорожной эпилепсіи можетъ съ правомъ носить названіе эпилепсіи. Есть авторы, которые приурочиваютъ названіе психической эпилепсіи къ тѣмъ только случаямъ, у которыхъ приступы буйства сочетаются съ приступами судорожной эпилепсіи, за то другіе, какъ Samt ¹⁾, Leidesdorf ²⁾ и пр., признаютъ психическую эпилепсію за болѣзнь *sui generis*, будетъ ли она сопровождаться судорожными припадками или нѣтъ.

Samt ³⁾ въ своей классической работѣ объ эпилепсіи, говоритъ слѣдующее: «Всякое помѣшательство, не имѣющее специфическихъ свойствъ эпилептическаго помѣшательства, хотя бы данный человѣкъ проявлялъ эпилептическіе приступы, также ложно считать эпилептическимъ помѣшательствомъ, какъ ошибочно не называть эпилептическимъ помѣшательствомъ помѣшательство, имѣющее всѣ характерныя свойства эпилептическаго помѣшательства, хотя бы данный человѣкъ и не обнаруживалъ эпилептическихъ припадковъ».

Психическая эпилепсія можетъ являться или совмѣстно съ приступами судорожной эпилепсіи,—это будетъ *сочетанная* или *комбинированная эпилепсія* (*epilepsia combinata*), или отдѣльно отъ приступовъ судорожной эпилепсіи и самостоятельно,—это будетъ въ собственномъ смыслѣ *психическая эпилепсія* (*epilepsia psychica*). Разница между этими двумя видами эпилеп-

¹⁾ Samt, Archiv für Psychiatrie, B. V и VI.

²⁾ Leidesdorf, Münch. med. Wochenschr, № 3. 1888.

³⁾ Samt, Epileptische Irreseinforme, Archiv. f. Psychiatrie, B. V. H. 2.

сія состоитъ только въ томъ, что психическая эпилепсія будетъ являться у лицъ, не имѣющихъ судорожной эпилепсии, или же припадки послѣдней отдѣлены большими промежутками времени,—сочетанная же эпилепсія является совмѣстно съ судорожною эпилепсіей.

Главные признаки, характеризующіе психическую эпилепсію, будутъ состоять въ слѣдующемъ:

I. Наслѣдственность. Психическая эпилепсія почти всегда является у людей съ нервною или психическою патологическою наслѣдственностью. Родители такихъ больныхъ бываютъ психопаты, нейропаты, преступники, сифилитики, пьяницы и проч. Только въ рѣдкихъ случаяхъ психическая эпилепсія является на почвѣ благопріобрѣтеннаго сифилиса, или алкоголизма.

II. Нейропатологическое предрасположеніе больного съ дѣтства. Эти лица уже съ ранняго дѣтства проявляютъ наклонность къ заболѣванію нервными расстройствами въ формѣ эклампсіи, судороги, формальной нейрастеніи, безсонницы и проч. Такія болѣзненные нервныя явленія настолько часты, что почти не встрѣчаются лица, страдающія психической эпилепсіей, безъ предшествующихъ какихъ либо нервныхъ заболѣваній.

III. Предвѣстники. Часто приступамъ буйства предшествуютъ предвѣстники. Предвѣстники эти обыкновенно неясно выражены, почему нерѣдко просматриваются. Длительность періода предвѣстниковъ или преэпилептического періода—различна: отъ нѣсколькихъ секундъ и до нѣсколькихъ дней и недѣль,—а равнымъ образомъ и напряженность этого періода бываетъ различна. Преэпилептическій періодъ проявляется слѣдующи признаками: потеря аппетита, безсонница, сонливость, беспокойный сонъ, страшныя сновидѣнія, кошмары, ночныя вздрагиванія и ощущенія паденія въ пропасть, вскрикиванія, печальное и подавленное на-

строеніе духа, капризъ, небывалая раздражительность и вспыльчивость, ужасные, ни на чемъ неоснованные, приступы тоски, смущеніе, невольныя оглядыванія, крайняя мечтательность, боязливость, частые приступы неосновательнаго ужаса, недовѣріе, подозрительность, забывчивость въ разговорѣ, нерадѣніе и равнодушіе по отношенію къ исполненію своихъ обязанностей, бессмысленныя рѣчи и поступки, о которыхъ потомъ не остается никакого воспоминанія, тяжесть и боли въ головѣ, невоздержность къ алкоголю, блуждающіе глаза, кровотеченіе изъ носа, лицо красное или блѣдное, легкія подергиванія мускуловъ, особенно лица и конечностей, неподвижность или безцѣльныя движенія, жестикуляція руками и ногами, легкая потеря контроля надъ своими дѣйствіями, при чемъ больные быстро доходятъ до изступленія и иногда даже, въ свое оправданіе увѣряютъ, что «не могутъ воздержаться» (Baker ¹⁾), анестезіи и гиперестезіи органовъ чувствъ, иллюзіи и галлюцинаціи и т. п. По Mendel'ю ²⁾, преэпилептическое состояніе можетъ проявляться въ слѣдующихъ видахъ: 1) состояніями подавленной сообразительности въ различныхъ степеняхъ, склонностью ко сну до полного оцѣпенѣнія; 2) состояніями безпокойства и величайшей раздражительности до вполне выраженнаго буйства (Tobsucht), которое оканчивается эпилептическимъ приступомъ; 3) меланхолическо-ипохондрическимъ состояніемъ, нерѣдко съ склонностью къ самоубійству, и 4) проявленіемъ насильственныхъ представленій и другихъ разстройствъ въ области представленій.

IV. Внезапность приступа буйства. Проявленіе эпилептическаго буйства всегда бываетъ такъ бурно и такъ рѣзко, что предшествующіе предвѣстники, если они бываютъ, являются, по сравненію съ самимъ при-

¹⁾ Baker, The medico-legal Journal, 1887.

²⁾ Prof. Mendel, Neurolog. Centralblatt, 1884, № 23.

ступомъ, настолько слабыми и ничтожными, что нерѣдко вовсе просматриваются. Если о нихъ и вспоминають, то уже по прошествіи буйства, почему самое буйство, въ большинствѣ, какъ для больныхъ, такъ и для окружающихъ, является совершенно неожиданнымъ.

V. Картина буйства. При наступленіи буйства больные испытываютъ внезапные приступы страха, ужаса и тоски,—приступы, поражающіе больныхъ своею напряженностью до глубины мельчайшихъ нервочекъ. Рядомъ съ этимъ у больныхъ является масса иллюзій и галлюцинацій, тоже устрашающаго и поражающаго содержанія. Больные видятъ предъ собою мертвецовъ, чертей, жандармовъ, кладбища, море крови, гильотину; слышатъ угрожающія рѣчи, звонъ, гулъ, шумъ, крикъ; ощущаютъ поражающіе запахи; кожа ихъ обдаётся огнемъ и кипящей смолою. Все это еще болѣе поддерживаетъ состояніе страха и тоски, будучи въ свою очередь поддерживаемо чрезмѣрнымъ проявленіемъ страха и тоски.—Въ мыслительной области является масса представлений, самыхъ беспорядочныхъ и бессмысленныхъ. Сочетанія представлений, составленіе понятій и сужденій едва ли мыслимы при существующей массѣ галлюцинацій и крайне быстрой смѣнѣ представлений. Эпилептики говорятъ безъ умолку, кричатъ, поютъ и воютъ. Ихъ поступки беспорядочны, какъ и рѣчи безсвязны. Они обнаруживаютъ чрезмѣрную наклонность къ насильственнымъ поступкамъ и бѣшеному разрушенію всего окружающаго. Они стремятся все кусать, рвать, бить, ломать и даже биться о стѣну головой. Это состояніе бѣшенства иногда доходитъ до такой степени, что такіе больные наводятъ ужасъ и трепетъ на всѣхъ окружающихъ, даже на людей опытныхъ и бывалыхъ. Какъ на больныхъ, переживающихъ приступъ, нападаетъ всепоражающій ужасъ, парализующій

ихъ задерживающіе центры, такъ съ другой стороны, они наводятъ паническій страхъ и ужасъ и на окружающихъ своими дѣйствіями и поступками. Всѣ психіатры единогласно утверждаютъ, что преступленія буйныхъ эпилептиковъ поражаютъ всѣхъ своимъ ужасающимъ характеромъ. И дѣйствительно, свидѣтели такихъ преступленій невольно до оцѣпененія поражаются проявленіемъ звѣрства преступника эпилептика. Обыкновенно эпилептики, совершая убійство, не ограничиваются однимъ ударомъ, хотя бы цѣль была достигнута. Напротивъ, какъ бы упиваясь своимъ звѣрствомъ, они съ увлеченіемъ продолжаютъ истязать и терзать свою уже мертвую жертву. Еще болѣе ужасными представляются эти преступленія потому, что они являются или безъ всякаго къ тому повода, или же при такомъ ничтожномъ поводѣ, что уже съ перваго взгляда выясняется вся нелѣпость и бессмысленность даннаго преступленія, а также и болѣзненное состояніе умственныхъ способностей преступника. Во многихъ случаяхъ эпилептики не обращаютъ вниманія ни на время, ни на средство, ни на лицо, надъ которымъ совершаютъ преступленіе, и производятъ его гдѣ, чѣмъ, когда, какъ и надъ кѣмъ попало. Подъ вліяніемъ полного пораженія самочувствія и массы галлюцинацій, эпилептики теряютъ понятіе о дѣйствительномъ положеніи дѣлъ и живутъ въ какомъ-то хаосѣ. Maudsly, Falret и Troisseau говорятъ о преступленіи этихъ лицъ одно и тоже почти дословно: «когда мы видимъ поражающее и ужасающее преступленіе, совершенное бессмысленно и немотивировано, то мы имѣемъ полное убѣжденіе въ томъ, что это преступленіе эпилептика». Подъ этимъ положеніемъ почтенныхъ клиницистовъ я подписываюсь обѣими руками. Не смотря однако на такое проявленіе безпорядочнаго буйства, бываютъ несчастные случаи, когда эпилептики въ это время совершаютъ какъ

бы заранѣе обдуманые и цѣлесообразные поступки. Въ этихъ то случаяхъ требуется особенная осторожность при дачѣ судебно-медицинскаго заключенія.

Echeverria ¹⁾ приводитъ слѣдующій печальный случай: одна молодая женщина, страдавшая припадками grand и petit mal съ послѣдовательнымъ временнымъ умственнымъ разстройствомъ, за которымъ слѣдовалъ свѣтлый промежутокъ, длившійся по нѣскольку недѣль, имѣла 4 приступа grand mal одинъ за другимъ въ теченіе 2 часовъ, въ то время, когда она собиралась ѣхать въ театръ. Послѣ припадковъ она, по обыкновенію, бредила и потому была удерживаема въ постели. Въ промежуткахъ между припадками она требовала, чтобы ей позволили одѣться и ѣхать изъ дому,—но раздраженное состояніе ея не было чрезмерно, она сама не дѣлала попытокъ подняться,—мать же старалась всячески ее успокоить. И она какъ будто дѣйствительно успокоилась. Попросивъ воды, она взяла изъ рукъ матери стаканъ и обратилась къ ней съ слѣдующими словами: «Милая мама перестанемъ ссориться,—лучше сядь возлѣ меня въ этомъ креслѣ». Но едва только мать, ничего не подозревая, исполнила ея желаніе, какъ та съ силой ударила ее стаканомъ по лбу, крикнувъ при этомъ: «Ну, ну, я довольна,—теперь можете не позволять мнѣ одѣваться, не позволять ѣхать въ театръ». Возбужденное состояніе больной длилось до утра слѣдующаго дня. Послѣ припадка больная ровно ничего не помнила на слѣдующій день.

Однажды мировой судья прислалъ ко мнѣ ²⁾ въ отдѣленіе одного подсудимаго, не на испытаніе, а какъ больного. Подсудимый обвинялся въ воровствѣ люшини и трехъ бураковъ на базарѣ у сосѣда. Самъ онъ пріѣхалъ также съ бураками. Подсудимый заявляетъ, что люшиня дѣйствительно не его и можетъ быть бураки не его; но какъ они попали на возъ—рѣшительно объяснить не можетъ. Между тѣмъ свидѣтели ясно видѣли, какъ онъ подкрадывался къ возу сосѣда, укралъ всѣ вещи, принесъ и спряталъ ихъ въ свой возъ, а самъ спрятался подъ возъ. Когда же къ нему пріѣхалъ хозяинъ украденнаго и свидѣтели, то онъ началъ притворяться пьянымъ и его страшно избили. Били его уже въ третій разъ за воровство. Мировой судья потому его прислалъ ко мнѣ, что въ его камерѣ съ подсудимымъ случился припадокъ палучей болѣзни. Больной пробылъ въ отдѣленіи 2 недѣли. Въ концѣ второй недѣли, во время моего вечерняго посѣщенія отдѣленія, я замѣтилъ, что больной началъ укладывать подушку, простыню и все свое платье до нага въ одѣяло и спряталъ въ другой комнатѣ подъ кровать. Все это продолжалось минуты четыре. Ему никто не препятствовалъ. За тѣмъ послѣдовалъ приступъ судорогъ, продолжавшійся минуты двѣ,—потомъ кратковременный сонъ и просыпанье. Больной, былъ крайне смущенъ своею наготою. Накрылся одѣяломъ сосѣда и началъ искать свои вещи. Оказалось, что онъ не только не зналъ гдѣ его вещи, но и не подозревалъ, какъ онъ очутился нагимъ. Родные больного объявили, что это съ нимъ

¹⁾ Echeverria, The Journal of mental Science, 1885, № 2.

²⁾ П. Ковалевскій, Судебно-психиатрическіе анализы, т. 1.

явленіе самое обыкновенное и что за нимъ всегда слѣдуютъ, такъ какъ во время припадковъ онъ заноситъ очень много вещей, которыя потомъ и пропадаютъ.

Точно такой-же случай наблюдался и въ клиникѣ проф. Leidesdorff'a ¹⁾, съ тою разницею, что тамъ больной былъ въ припадкѣ нѣсколько безпокойнѣе, тогда какъ нашъ больной былъ совершенно тихъ и все дѣлалъ не спѣша по хозяйски.

Подобная цѣлесообразность дѣйствій въ эпилептическомъ буйствѣ, по Eschevergia, явленіе нерѣдкое. По мнѣнію Baker'a ²⁾, приступы эпилептического буйства представляются иногда по мысли и выполнению до того цѣлесообразными, что ихъ трудно бываетъ отличить отъ нормальныхъ. Savage ³⁾ также утверждаетъ, что эти приступы эпилепсіи могутъ иногда проявляться безпорядочнымъ и бурнымъ буйствомъ, иногда же могутъ быть и цѣлесообразными.

VI. Наклонность эпилептиковъ къ безцѣльнымъ странствованіямъ. Очень большое количество эпилептиковъ обнаруживаетъ наклонность во время эпилептического приступа отпраляться изъ дому въ путь. Иногда это дикое разрушительное бѣгство, другой разъ это странное, но болѣе или менѣе цѣлесообразное путешествіе. Эти путешествія эпилептиковъ во многомъ напоминаютъ собою алкогольный автоматизмъ, описанный Crothers'омъ ⁴⁾. Подобно послѣднему состоянію, и въ эпилепсіи больные часто приходятъ въ себя въ чужой мѣстности и при совершенно необыкновенной обстановкѣ. Такое состояніе и составляетъ эпилептический автоматизмъ, о которомъ мы уже говорили.

VII. Скоротечность припадка. Приступъ психической эпилепсіи длится обыкновенно недолго: нѣсколько часовъ, рѣже сутки и еще рѣже нѣсколько сутокъ. Чѣмъ припадокъ короче, тѣмъ онъ обыкновенно рѣзче и бурнѣе проявляется,—напротивъ, длительные приступы гораздо покойнѣе и выражаются волнообразно, то усиливаясь, какъ бы вспыхивая, то ослабляясь, угасая.

VIII. Всѣ клиницисты, наблюдавшіе приступъ психической эпилепсіи, утверждаютъ, что какъ этотъ приступъ внезапно наступаетъ, также внезапно онъ и па-

¹⁾ Weis, Compendium der Psychiatrie, 1831, S. 154.

²⁾ Baker, The Journal of medico-legal, 1887.

³⁾ Savage, The Brain, 1888, 1.

⁴⁾ Crothers, The Journal of Nervous and mental Disease, 1884, 2.

даетъ. Leidesdorf ¹⁾ говоритъ, что важнѣйшими признаками психической эпилепсiи будутъ внезапное начало эпилепсiи, бурное и быстрое теченіе и внезапное окончаніе психоза. Wagner ²⁾ повторяетъ почти тоже, говоря, что характерными признаками эпилептического душевнаго разстройства будутъ: внезапное наступленіе припадка, кратковременность теченія и внезапное прекращеніе съ послѣдующими ступоромъ и сномъ.

IX. Состояніе послѣэпилептической подавленности.

Во всѣхъ случаяхъ психической эпилепсiи, по окончаніи буйства, наступаетъ періодъ истощенія или періодъ чувствительной, чувственной, мыслительной и двигательной усталости, угнетенія или подавленности. Такая личность находится въ сонномъ или полусонномъ состояніи; иногда послѣ буйства наступаетъ настоящій сонъ, и, что интереснѣй всего, нерѣдко, послѣ совершенія самаго ужаснаго и звѣрскаго преступленія, больной засыпаетъ рядомъ съ своей жертвой, заснувшей на вѣки. Періодъ этой послѣэпилептической подавленности длится различное время: у однихъ онъ проходитъ очень скоро, у другихъ же длится долго. Часто напряженность и длительность послѣэпилептической подавленности прямо пропорціална напряженности приступа. Особенно интересна въ этомъ случаѣ появляющаяся у эпилептиковъ нравственная нечувствительность. Убивъ, совершенно безъ вины и самымъ звѣрскимъ образомъ, отца, мать, дѣтей, жену и проч., они тотъ-часъ послѣ припадка часто относятся къ жертвамъ своего преступленія совершенно безразлично и безъучастно. Для людей, мало знакомыхъ съ этимъ болѣзненнымъ состояніемъ, подобная нравственная тупость кажется очень подозрительною и служитъ явною уликою ихъ преступности; въ сущности же это состояніе будетъ только проявле-

¹⁾ Leidesdorf, Münch. med. Wochenschr., 1888, № 3.

²⁾ Wagner, Jahrbücher f. Psychiatrie, B. VIII, H. 1 и 2.

ніемъ общаго истощенія центральной нервной дѣятельности. Нерѣдко въ этомъ періодѣ у больныхъ наступаеъ особенное состояніе сознанія—мутизмъ (F. Fischer ¹), когда больные теряютъ орієнтировку *во времени*, принимая утро за вечеръ и на оборотъ—въ *мѣстѣ*, принимая одно мѣсто за другое и одну квартиру вмѣсто другой,—въ *словахъ*, употребляя одно слово вмѣсто другого. «Все, что они дѣлаютъ въ это время, имъ кажется какъ бы во снѣ». Это будетъ то состояніе, которое описано Меунерт'омъ ²) подъ именемъ *амептіа* и которое, по моему мнѣнію ³), иногда появляется въ формѣ психической эпилепсіи.

X. Потеря или ослабленіе памяти о событіяхъ, совершающихся во время припадка. Почти послѣ всякаго приступа эпилептического буйства у больныхъ наступаетъ потеря памяти обо всемъ случившемся во время припадка—*амнезія*,—въ весьма только рѣдкихъ случаяхъ больные помнятъ, хотя и смутно, что съ ними было во время припадка.

XI. Паденіе вѣса тѣла, на что указываютъ Hollager, Fürstner и др. и пониженіе чувства мѣста послѣ припадка.

XII. Присутствіе припадковъ соматической эпилепсіи, т. е. эпилептическихъ судорогъ, или эпилептического головокруженія. Явленія эти могутъ быть, могутъ и не быть, но для эксперта гораздо лучше, если они присутствуютъ.

Вотъ главнѣйшіе признаки психической эпилепсіи. Будетъ ли она сочетаться съ приступами соматической эпилепсіи, или же она будетъ являться отдѣльно и самостоятельно, во всѣхъ случаяхъ картина ея настолько рѣзка, что она съ правомъ можетъ составить собою, какъ это говоритъ Leidesdorf, болѣзнь *sui generis*.

¹) Fischer, Archiv f. Psychiatrie, B. XV, N. 3.

²) Меунерт, Клиническія лекціи. Переводъ К. Н. Ковалевской.

³) П. И. Ковалевскій, Amentia, Медицина, 1890.

gis. Единственная болѣзнь, съ которою можно смѣшать психическую эпилепсію—это *mania transitoria*. По этому поводу существуетъ разногласіе между учеными. Одни не раздѣляютъ этихъ двухъ болѣзненныхъ состояній и считаютъ ихъ за одну болѣзненную форму, другіе же, напротивъ, находятъ существенную разницу между этими двумя болѣзнями и признаютъ ихъ за двѣ совершенно отдѣльныя болѣзни. Baker выражаетъ сомнѣніе, чтобы *mania transitoria* составляла самостоятельную болѣзнь,—во всякомъ же случаѣ діагнозъ *maniae transitoriae* должно ставить съ большою осторожностью. Мнѣ кажется, что между названіями *epilepsia psychica* и *mania transitoria* разница гораздо большая, нежели между ихъ сущностью и признаками, почему я предпочитаю разсматривать эти двѣ болѣзни какъ одну болѣзнь. Даже Krafft-Ebing ¹⁾, наиболее талантливо описавшій клиническую картину *maniae transitoriae*, говоритъ, что многіе случаи *maniae transitoriae* могутъ быть отнесены къ эпилептическому сумашествію.

Я приведу случай психической эпилепсіи, бывшій подъ моимъ наблюденіемъ ²⁾.

В., крестьянинъ, 40 л., православный, неграмотный, женатъ, не пьяница и не сифилитикъ, человекъ всегда тихій, кроткій, въ высшей степени услужливый, послушный и покорный,—безъ дерзости, скрытности и хитрости,—человекъ честный и откровенный. 2 апрѣля 1887 г., въ субботу на святой, во время обѣдни В. былъ дома, при чемъ въ комнатѣ была жена его, ея пріятельница Д. и трое дѣтей В. Вдругъ В.,—до толѣ непредставлявшій рѣшительно никакихъ неправильностей и не дававшій замѣтить въ себѣ хотя что нибудь особенное,—схватывается. при женѣ, при дѣтяхъ, бросается къ Д. и желаетъ имѣть съ нею прелюбодѣніе. Онъ ползаетъ предъ нею на колѣняхъ, унижается, умоляетъ и требуетъ уважить его страстный порывъ. Когда Д. отказала ему, то В. набрасывается на свою жену и при всѣхъ требуетъ отъ нея полового удовлетворенія. Получается отказъ. Отступая назадъ, В. упалъ, застоналъ, посинѣлъ, лицо его покривилось и стало ужаснымъ. Жена В. и Д. убѣгаютъ изъ хаты, дѣти же остаются. Тогда В. схватывается, бьетъ окна, рветъ на рубѣ одежду и неистовствуетъ. Онъ схватываетъ трехлѣтняго ребенка, котораго всегда

¹⁾ *Krafft-Ebing*, *Lehrbuch der Psychiatrie*, 1888, s. 543.

²⁾ П. И. Ковалевскій, Судебно-психиатрическіе анализы, т. I. стр. 59.

любилъ, и бросаетъ его въ горящую печь. Три здоровыхъ крестьянина бросаются на маленькаго и тщедушнаго В., чтобы отнять у него ребенка и ничего не могутъ съ нимъ сдѣлать. Всѣхъ приходящихъ онъ обливаетъ кипяткомъ. Видъ В. былъ столь ужасенъ, что всѣ боятся къ нему подойти и обезоруживаютъ и связываютъ его только хитростью. Все это скоро прекращается и В. рѣшительно не помнитъ всего того, что онъ сотворилъ. Наслѣдственного предрасположенія къ психозамъ, неврозамъ, пьянству, сифилису и проч. не обнаружено. До настоящаго приступа буйства В. не проявлялъ ни судорожныхъ приступовъ, ни приступовъ головокруженія; въ послѣдствіи же у этого больного я наблюдаю приступъ судорожной эпилепсін.

Нѣкоторые авторы какъ Ressièrе ¹⁾, Engelhorn ²⁾ и др., дѣлятъ психическую эпилепсію на два отдѣла: малую психическую эпилепсію (*epilepsia petit-mal*, *epilepsia psychica mitis*) и большую психическую эпилепсію (*epilepsia haut-mal*, *epilepsia psychica gravis*).

А) *Малая психическая эпилепсія* (*epilepsia psychica mitis*) сумеречное состояніе съ тоской Krafft-Ebing'a ³⁾. Маудсли ⁴⁾ характеризуетъ эту эпилепсію такъ, что она «состоитъ въ большой спутанности идей, нерѣдко сопровождаемой внезапными порывами бѣшенства. Страдающіе этою болѣзнью становятся печальными и угрюмыми безъ всякихъ внѣшнихъ причинъ, страшно тоскуютъ и относятся съ большимъ раздраженіемъ къ окружающимъ; жалуются на потерю памяти и тяжесть головы; не могутъ собрать и остановить своихъ мыслей, сознаютъ съ глубокимъ горемъ, что они не прежніе, что побуждаются къ страшнымъ и насильственнымъ поступкамъ какой-то силой, которой они не въ состояніи сопротивляться. Подъ вліяніемъ неопредѣленной тоски или болѣзни, они покидаютъ свои дѣла и бродятъ по улицамъ и окрестностямъ; всѣ тяжелыя мысли, тревожившія ихъ въ разное время жизни, вос-

¹⁾ Ressièrе, Annal. medico-psychol., 1887, 3.

²⁾ Engelhorn, Medic. Correspondenzb. des Württemberg. ärztlich. Landsvereins, B. 59, № 4, 1889.

³⁾ Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie, 1888, s. 545.

⁴⁾ Маудсли, Отвѣтственность при душевныхъ болѣзняхъ.

кресаютъ въ памяти и преслѣдуютъ ихъ; все существо ихъ поглощается какимъ-то смутнымъ чувствомъ безпокойства и ужаса. Въ этомъ мрачномъ настроеніи они начинаютъ обвинять друзей во враждебныхъ чувствахъ и воображаютъ себя жертвами преслѣдованій, существующихъ только въ ихъ больной фантазіи; нерѣдко они совершаютъ въ это время преступленія, кражи, поджоги, самоубійства и убійства; одни находятъ облегченіе въ уничтоженіи неодушевленныхъ предметовъ, другіе лишаютъ себя жизни, чтобы избавить себя отъ этого невыносимаго состоянія, нѣкоторые въ сильной ярости нападаютъ на людей, встрѣтившихся имъ случайно въ то время, когда тоска и тревога сдѣлала ихъ порывы неудержимыми. Когда совершенно насильственное дѣйствіе, — является внезапно облегченіе; неопредѣленное безпокойство и спутанность мыслей исчезаютъ, больные приходятъ въ себя, иногда же они продолжаютъ оставаться въ возбужденномъ состояніи, не сознавая вовсе, или сознавая смутно значеніе своего поступка. Когда они приходятъ въ себя, память ихъ невѣрна и отуманена, какъ у человѣка просыпающагося послѣ тяжелаго кошмара; они отрывочно припоминаютъ факты, которые другіе стараются пробудить въ ихъ памяти, или совершенно отрицаютъ ихъ».

Къ этой картинѣ Falret ¹⁾ добавляетъ: «когда пациенты приходятъ въ себя или непосредственно послѣ насильственного поступка, который составляетъ кризисъ ихъ припадка, или спустя нѣкоторое время, — они бывають иногда въ состояніи припомнить многія подробности поступковъ, послѣдовавшихъ во время припадка; но припоминанія ихъ были всегда неясны. Неясность эту ошибочно принимали за притворство; но она совершенно истинная и характеризуетъ это умственное состояніе. Эпилептики находятся, слѣдовательно,

1) Falret, Annal. medico-psycholog., 1873.

въ состояніи, какое наступаетъ за тягостнымъ сновидѣніемъ. Главныя обстоятельства припадка ускользаютъ отъ нихъ, почему они начинаютъ съ того, что отвергаютъ тѣ поступки, въ которыхъ обвиняютъ ихъ; но за тѣмъ постепенно они припоминаютъ нѣкоторыя подробности, которыя сперва забывали». Engelhorn говоритъ, что картина малой психической эпилепсіи напоминаетъ собою состояніе *Verworrenheit* съ послѣдующей амнезіей».

В) *Большая психическая эпилепсія* (*epilepsia psychica gravis*) или галлюцинаторный бредъ преслѣдованія Krafft-Ebing'a, описывается Falret такъ: «эпилептическая манія характеризуется тѣмъ, что она наступаетъ быстрѣе, чѣмъ остальные формы маніи. Иногда ей не предшествуютъ никакіе предвѣстники, въ другихъ же случаяхъ, напротивъ, являются нѣкоторые предварительные признаки какъ: головная боль, рвота, налитіе и особый блескъ глазъ, измѣненіе голоса, легкія конвульсіи лица или членовъ; иногда психическіе признаки состоятъ въ угрюмости, раздражительности и скоромъ возбужденіи. Но эти предвѣстники являются только за нѣсколько часовъ и то въ самыхъ сильныхъ приступахъ маніи. Другой, не менѣе важный, признакъ эпилептической маніи—состоятъ въ удивительномъ сходствѣ всѣхъ припадковъ у одного и того же больного не только въ цѣломъ, но и въ подробностяхъ. Во время этихъ приступовъ ходъ представленій очень усиленъ. Эпилептики говорятъ безъ умолку, у нихъ проходятъ безъ остановки самыя разнообразныя ряды идей и ихъ поступки такъ же беспорядочны, какъ и рѣчи безсвязны. Особенный видъ ихъ волненія, замѣченный всѣми писателями, состоитъ въ чрезмѣрной стремительности ихъ насильственныхъ поступковъ, побуждающей дѣйствовать ихъ съ бѣшенствомъ противъ всего окружающаго: кусать, разрывать, кричать безъ усталы,

биться головой о стѣну. Это состояніе возбужденія, переходящее въ бѣшенство, доходитъ иногда до такой степени, что больные эти составляютъ самый опасный классъ помѣшанныхъ; ихъ вездѣ боятся въ больницахъ и ихъ можно удержать только самыми крѣпкими мѣрами». Къ этой картинѣ можно добавить еще то, что однимъ изъ характерныхъ признаковъ этого вида болѣзни служитъ мрачный характеръ преобладающихъ у нихъ идей и частыя галлюцинаціи подобнаго же свойства,—галлюцинаціи слуха, обонянія и особенно зрѣнія. Они видятъ страшные предметы, призраки, вооруженныхъ людей, бросающихся на нихъ съ цѣлью убить ихъ, всѣ эти предметы блестящи и красны,—часто кровь льется рѣкой.

Что касается частоты появленія приступовъ психической эпилепсіи у эпилептиковъ, то Eschevergia на 532 случая эпилепсіи нашелъ умственное разстройство въ 70%, изъ которыхъ въ 26% обнаружилось страданіе въ формѣ mania epileptica или психической эпилепсіи. Напряженность этого явленія, разумѣется, у различныхъ лицъ была далеко неодинакова, что много зависѣло оттого, въ какомъ возрастѣ проявлялась психическая эпилепсія.

Отношенія приступовъ психической эпилепсіи къ припадкамъ судорожной эпилепсіи могутъ быть довольно разнообразны: 1) припадокъ тѣлесной эпилепсіи предшествуетъ буйству и послѣднее является вслѣдъ за нимъ; 2) припадокъ эпилепсіи является среди буйства (Андрузскій ¹⁾); 3) припадокъ эпилепсіи является послѣ буйства, служа какъ бы заключеніемъ его (П. А. Зубковскій ²⁾); 4) припадокъ эпилепсіи протекаетъ совмѣстно съ приступомъ буйства и 5) приступъ буйства протекаетъ безъ припадка тѣлесной эпилепсіи,

¹⁾ Э. И. Андрузскій, Врачебныя Вѣдомости, 1880.

²⁾ П. А. Зубковскій, «Русская Медицина», 1885, № 41.

что и составляет въ собственномъ смыслѣ психическую эпилепсію.

Мы позволимъ себѣ привести еще одинъ случай психической эпилепсіи, бывшій подлѣ нашимъ наблюденіемъ¹⁾, гдѣ приступъ буйства развился послѣ эпилептического головокруженія.

Рядовой В. лично явился къ воинскому начальнику съ просьбой помѣстить его въ лечебницу, такъ какъ онъ испытываетъ, что у него въ головѣ огонь, все тѣло горитъ и онъ весь слабъ. Пробывъ нѣсколько часовъ въ больницѣ, В. приходитъ мысль бѣжать изъ нея, не смотря на то, что онъ поступилъ въ больницу вполнѣ добровольно. Онъ крадетъ свое платье и только на другой день находитъ его въ церкви усердно молящимся. По водвореніи въ больницу, надъ В. назначенъ былъ усиленный надзоръ. Въ теченіи четырехъ дней у В. наблюдали головокруженіе, то съ потерю сознанія, то съ сохраненіемъ сознанія,—а также головную боль и спутанность мысли. Въ общемъ В. былъ покоемъ, ласковъ съ своимъ стражемъ и очень услужливъ. Вечеромъ пятаго дня стражъ больного пригласилъ въ свою каморку В. вмѣстѣ поужинать. В. пришелъ, взялъ картофелину, повертѣлъ ее въ рукахъ, но не ѣлъ. Затѣмъ схватилъ ножъ и моментально бросился на сторожа. Въ одно мгновеніе В. нанесъ ему пять ранъ, изъ которыхъ одна была моментально смертельна. Совершивши это преступленіе, В. окровавленный и съ ножомъ въ рукахъ, бросился бѣжать на улицу. На крикъ умирающаго сторожа прибѣжали два служителя. Когда они хотѣли схватить В., то онъ отмахивался ножомъ и при этомъ нанесъ себѣ двѣ раны въ животъ. Наконецъ, В. схватили, связали и привели обратно. Въ первое время В. передавалъ, что на него бросился сторожъ и хотѣлъ его задушить и В. убилъ его, только защищая себя. Вскорѣ однако В. совершенно ничего не помнилъ о совершенномъ имъ преступленіи и уже на другой день былъ страшно пораженъ всѣмъ происшедшимъ.

Весьма интересно то обстоятельство, что и при психической эпилепсіи разряженіе и истощеніе организма послѣ припадка буйства заканчивается сномъ, подобно тому, какъ этотъ сонъ наступаетъ иногда и послѣ приступа судорожной эпилепсіи. Замѣчательно еще и то, что иногда эпилептикъ убійца, совершившій самое ужаснѣйшее преступленіе надъ самыми близкими людьми, засыпаетъ рядомъ съ жертвами своего преступленія. Я позволяю себѣ привести примѣры сна послѣ припадка психической эпилепсіи.

Нѣкто Б. 1). незаконнорожденный, заброшенный ребенокъ, всегда отличавшійся слабымъ здоровьемъ и плохими умственными

1) П. Ковалевскій. Судебно-психіатрическіе анализы, т. 1, ст. 30.

1) Мудосли, Ответственность при душевныхъ болѣзняхъ, 215.

способностями, нѣсколько лѣтъ страдалъ приступами эпилепсiи. Въ промежуткахъ между приступами онъ былъ добродушенъ, кротокъ и любимъ товарищами. Но послѣ приступовъ его боялись, потому что онъ схватывалъ первый попавшійся подъ руку предметъ и бросался на окружающихъ. Однажды вечеромъ онъ немного выпилъ и отправился за городъ, гдѣ ему попался человѣкъ, спавшій въ полѣ. Имъ сразу овладѣло неудержимое желаніе убить этого человѣка. Онъ взялъ камень. Разбилъ голову спавшаго. Рядомъ съ нимъ легъ и заснулъ. Его посадили въ домъ умалишенныхъ.

Я наблюдалъ 1) слѣдующіе случаи. О. сынъ отца пьяницы, имѣетъ брата пьяницу и самъ пьетъ. Съ дѣтства проявилъ нѣсколько приступовъ судорожной эпилепсiи. Больной, поссорившись съ другимъ крестьяниномъ, Ч., ударилъ его, — затѣмъ бросился бѣжать. За нимъ Ч. и другіе крестьяне погнались. Добѣжавъ до своей хаты, О. схватилъ колъ и съ нимъ бросился на Ч. Тотъ сразу повалился на землю. За симъ О. выбѣжалъ къ народу и, ударяя коломъ о землю, неистово кричалъ: «подходи сюда, всѣхъ перебью». Потомъ онъ обратно побѣжалъ во дворъ, перемѣнилъ колъ на меньшій и со словами «пойду добыю» выбѣжалъ къ лежавшему неподвижно Ч., началъ бить его коломъ и сапогами, схватилъ его за волосы и, оттащивъ сажень 30, продолжалъ его бить коломъ и сапогами. Наконецъ, вскочивъ на мертвого Ч. и топталъ его ногами. Вся эта картина такъ потрясла окружающихъ, что никто не смѣлъ двинуться съ мѣста. Преступникъ же производилъ свою работу, какъ будто около него никого и не было. Затѣмъ онъ отправился къ рѣкѣ, раздѣлся и выкупался. Потомъ онъ пошелъ въ домъ сестры, сѣлъ за столъ, уперся въ него руками и покойно заснулъ. Проснувшись, ничего не помнилъ о случившемся.

С. 2), крестьянинъ, 26 л., сынъ отца пьяницы, въ 20 лѣтъ перенесъ сильныя побои въ области черепа, послѣ чего онъ проявилъ приступы судорожной эпилепсiи. Припадки постепенно учащались и начали сопровождаться приступами буйства. Во время буйства домашніе его связывали. Однажды во время буйства, больной развязался, поджогъ свой домъ и побѣжалъ черезъ огородъ въ поле. Побѣжавшіе за нимъ, нашли его въ полѣ спящимъ, причемъ послѣ сна онъ ничего не помнилъ о случившемся.

Что касается частоты появленія приступовъ психической эпилепсiи, у одного и того-же лица, то она у различныхъ лицъ бываетъ неодинакова. Въ иныхъ случаяхъ она появляется 2—3 раза въ теченіи жизни, — въ другихъ случаяхъ, особенно при сочетаніи съ соматическою эпилепсiей, она является раза два въ годъ, ежемѣсячно и даже ежедневно. Въ нѣкоторыхъ слу-

1) П. Ковалевскій, Судебно-психіатрическіе анализы, т. I, ст. 129.

2) П. Ковалевскій, Судебно-психіатрическіе анализы, т. I, стр. 196.

чаяхъ болѣзнь начинается приступами судорожной эпилепсіи и только въ дальнѣйшемъ теченіи мало по малу замѣняется приступами психической эпилепсіи; въ иныхъ же случаяхъ дѣло обстоитъ такъ, что въ дѣтскомъ возрастѣ являются приступы соматической эпилепсіи; затѣмъ наступаетъ перерывъ лѣтъ на 8—15 и потомъ болѣзнь сразу прорывается страшнымъ эпилептическимъ буйствомъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ психическая эпилепсія является въ видѣ большого приступа, состоящаго изъ ряда отдѣльных, правильно чрезъ извѣстный періодъ времени появляющихся приступовъ психической эпилепсіи въ видѣ интермитенга. Такъ, мнѣ лично ¹⁾, приходилось видѣть такой случай періодической эпилепсіи, гдѣ приступъ буйства, длившійся 24 часа, нѣсколько разъ чередовался съ такимъ же 24 часовымъ свѣтлымъ промежуткомъ. Вообще можно сказать, что способъ проявленія и сочетанія различныхъ разновидностей эпилепсіи бываетъ чрезвычайно разнообразенъ и причудливъ.

Кромѣ вышеуказанныхъ наиболѣе частыхъ и типическихъ проявленій психической эпилепсіи, существуютъ еще менѣе типическіе (Schüle ²⁾) случаи психической эпилепсіи, изъ которыхъ нѣкоторыя клиническія картины болѣе или менѣе схвачены и опредѣлены, а другія еще ждутъ своего изображенія.

Wildermuth ³⁾ также утверждаетъ, что душевныя заболѣванія эпилептиковъ несравненно разнообразнѣе, чѣмъ ихъ принимали до сихъ поръ; особенно же мало обращали вниманія на тѣ формы душевнаго расстройства, которыя проявляются съ сохраненіемъ сознанія. Съ этой точки зрѣнія Wildermuth дѣлитъ скоропроходящіе приступы душевнаго расстройства эпилептиковъ

¹⁾ *Kowalewsky*, Psychiatrisches Centralblatt, 1878.

²⁾ *Schüle*, Klinische Psychiatrie, 1886, s. 255.

³⁾ *Wildermuth*, Ueber epileptisches Irresein, Würtemb. Corresp. Bratt, 1890, 11.

на двѣ группы: на душевныя разстройства съ сохраненіемъ сознанія и душевныя разстройства съ потемненіемъ и отсутствіемъ сознанія.

Душевныя разстройства эпилептиковъ, сопровождающіяся сохраненіемъ сознанія являются гораздо чаще, чѣмъ вторыя. Wildermuth дѣлитъ ихъ на четыре отдѣла. Къ первому отдѣлу относятся тѣ случаи, когда состояніе самочувствія бываетъ одинаково въ до — и послѣэпилептическомъ періодахъ. Обыкновенно при этомъ настроеніе духа бываетъ непріятное, въ видѣ раздражительности, сварливости, придирчивости, склонности къ ссорѣ и дракѣ и проч. Второй отдѣлъ составляютъ тѣ случаи, когда въ преэпилептическомъ состояніи настроеніе духа больного будетъ одно, а въ послѣэпилептическомъ періодѣ — другое, обратное. Характеръ состоянія самочувствія въ различныхъ случаяхъ мѣняется: иногда въ преэпилептическомъ состояніи бываетъ подавленное состояніе самочувствія, а послѣэпилептическомъ веселое, — иногда же совершенно наоборотъ. Къ третьему отдѣлу относятся тѣ случаи, когда послѣ приступа у больныхъ развивается гнѣвное состояніе съ болтливостью и наступательными дѣйствіями. Сюда же относятся и тѣ случаи, когда прирожденныя проявленія вырожденія, въ видѣ безнравственности, неводержанности, импульсивности и проч. послѣ эпилептического приступа выражаются несравненно рѣзче обычнаго состоянія. Наконецъ, къ четвертому отдѣлу относятся тѣ случаи, когда эпилептическимъ эквивалентомъ представляются импульсивныя явленія кражи, воровства, собиранія не нужныхъ вещей, поджога, гнѣва, буйства и проч. Иногда бываетъ, что эти импульсивныя проявленія обнаруживаются сначала въ видѣ преэпилептического состоянія, а въ послѣдствіи становятся эпилептическимъ эквивалентомъ.

Къ эпилептическимъ психозамъ, сопровождающимся измѣненіемъ сознанія, относятся слѣдующіе.

Эпилептический ступоръ представляет собою картину психической и главнымъ образомъ умственной подавленности, состоящую въ безсвязности, бессмысленности и расшатанности идей. Этотъ ступоръ почти не имѣетъ ничего общаго съ обычною клиническою картиною ступора или *dementia primaria curabilis* ¹⁾. Эпилептический ступоръ наступаетъ или тотчасъ послѣ эпилептического припадка, или спустя нѣкоторое время послѣ него, или совершенно независимо отъ припадка. Лица, находящіеся въ этомъ состояніи, представляютъ состояніе умственного гнета. Внѣшнія впечатлѣнія воспринимаются ими очень трудно,—больные живутъ какъ бы внѣ окружающаго міра. У нихъ возникаетъ масса ошибочныхъ и ложныхъ ощущеній, которыя, смѣшиваясь съ дѣйствительностью, производятъ въ сознаніи больныхъ какой-то сумбуръ. Больные находятся какъ бы во снѣ. Ихъ мысли отрывочны и безсвязны, рѣчь нерѣдко состоитъ изъ набора словъ, иногда даже представляетъ простую вербигерацію; по временамъ обнаруживаются отрывочныя проявленія страха и тоски. Поступки и дѣйствія такихъ людей не логичны, непослѣдовательны и бессмысленны. Иногда у такихъ лицъ моментально вспыхиваетъ раздражительность и внезапное проявленіе стремленія къ насилию и разрушенію. Все это можетъ длиться полчаса, часъ и даже нѣсколько часовъ и не оставляетъ или оставляетъ послѣ себя самое смутное воспоминаніе. Этотъ видъ эпилептического сумашествія не щадитъ возраста, являясь и въ дѣтскомъ возрастѣ (Pick) ²⁾.

Эпилептический ступоръ имѣетъ ту особенность, что часто прекращается внезапно. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ ступоръ можетъ доходить до оцѣпенѣлости и сон-

¹⁾ И. И. Ковалевскій, Психіатрія т. II, с. 79.

²⁾ Prof. Pick, Jahrbücher f. Psychiatrie, B. VIII, 1 и 2.

ливости, представляя собою эквивалентъ petit-mal и haut-mal (Dana) ¹⁾.

Гинзбургъ-Шикъ ²⁾ приводитъ слѣдующій случай эпилептического ступора, Р., крестьянинъ, 27 л., православный, неграмотенъ, женатъ. Гидроцефалическій черепъ. Зрачки расширены, реакция ихъ въ значительной степени ослаблена. Лицо неподвижно и какъ бы на него налѣта маска, выраженіе лица тупое и безсмысленное. Кожная чувствительность весьма понижена; мышцы дряблы и находятся въ расслабленномъ состояніи. Сухожильные рефлексы рѣзко повышены; конечности холодны и цианотичны; пульсъ боі, tardo-discretus; т. 36,30; дыханіе поверхностное, 16. Движенія медленны, неуверенны и вялы. Больной стоитъ на одномъ мѣстѣ до тѣхъ поръ, пока кто-либо не выведетъ его изъ этого положенія. Слѣдуя нѣсколько шаговъ по комнатѣ, онъ опять принимаетъ неподвижное положеніе. Больной не реагируетъ на внѣшнія раздраженія и не сознаетъ окружающей обстановки. Образованіе представленій и понятій, теченіе, сочетаніе ихъ и другія стороны душевной дѣятельности крайне ослаблены. Больной отвѣчаетъ только шопотомъ на повторные и несложные вопросы, причемъ его отвѣты кратки и, совершенно несоотвѣтствуя вопросу, состоятъ изъ набора словъ. Настроеніе духа рѣзко апатичное, — самосознаніе и понятіе о времени, мѣстѣ и проч. отсутствуетъ. Къ этому присоединилось обильное слюнотеченіе, а по временамъ недержаніе мочи и запоры. Пищу принималъ только тогда, когда кормили, но сопротивленія при этомъ не оказывалъ. Такое состояніе длилось двое сутокъ и быстро смѣнилось экспансивнымъ состояніемъ.

Сумеречное состояніе съ религіознымъ экспансивнымъ бредомъ (Krafft-Ebing). Эта форма психической эпилепсіи почти всегда является независимо отъ судорожныхъ эпилептическихъ приступовъ и весьма рѣдко въ связи съ приступами судорожной или вертигинозной эпилепсіи, или какъ эквивалентъ ея. На такихъ больныхъ вдругъ можетъ находить религіозный экстазъ. Они видятъ божественныя видѣнія. Цѣлыя картины небесной жизни, или жизни библейской раскрываются предъ ними и они все это переживаютъ, воображая себя тѣмъ или другимъ священнымъ лицомъ. Такъ одинъ мой больной ³⁾, подъ вліяніемъ га-

¹⁾ Dana, On morbid drowsiness and somnolence, The Journal of nervous and mental disease, 1884, 2.

²⁾ Гинзбургъ-Шикъ, Къ казуистикѣ комбинированной эпилепсіи, Архивъ психіатріи, т. XX, кн. 1.

³⁾ П. И. Ковалевскій, Московская Медиц. Газета, 1875.

люцинаціи, вообразивъ себя Авраамомъ, продѣлалъ всю исторію жертвоприношенія своего сына. Другіе больные возносятся на небеса, получаютъ божественныя откровенія, воображаютъ себя пророками, божественными посланниками и дѣтьми божіими. Замѣчательнѣ всего то, что такія лица внѣ подобныхъ приступовъ бываютъ вовсе нерелигіозными и даже безнравственными. Tosselli ¹⁾ говоритъ, что при болѣзненномъ проявленіи у такихъ лицъ религіозности, нерѣдко замѣчаемъ у нихъ и проявленіе безнравственности и порочности. Тоже говоритъ и Howden ²⁾.

Я позволю себѣ привести слѣдующій случай, бывшій подѣ моимъ наблюденіемъ. ³⁾.

Больной, крестьянинъ Харьковской губерніи, холостъ, православный, 40 л., по ремеслу красильщикъ, малограмотенъ. Отецъ и мать больного были сильные пьяницы, но психическихъ или нервныхъ разстройствъ не обнаруживали. Припадки эпилепсіи у больного появились на пятомъ году жизни, при чемъ сначала являлись разъ въ мѣсяцъ, а за тѣмъ нѣсколько разъ въ недѣлю. По словамъ окружающихъ, припадки всѣ походили одинъ на другой и состояли въ слѣдующемъ: больной безъ крика падаетъ на полъ, лежитъ безъ чувствъ, безъ движенія и полумертвый 2—3/, за тѣмъ схватывается и широко раскрывъ глаза мчится, самъ не зная куда, «куда попало»... На семнадцатомъ году жизни у него явилась половая потребность. Но при этомъ онъ обратилъ вниманіе на то, что его не привлекали ни женщины, ни мужчины. Не интересовало его также и самоудовлетвореніе. Нравились ему животныя: птицы, лошади и проч. И вотъ онъ началъ довольствоваться сношеніями сначала съ курами и утками, а за тѣмъ съ лошадьми и коровами. Эти сношенія доставляли ему полное удовольствіе и онъ ихъ употреблялъ quantum satis. Уже нѣсколько лѣтъ онъ представляетъ нѣкоторыя странности въ религіозномъ отношеніи. Будучи маларомъ иконъ онъ очень часто толчется по монастырямъ. Здѣсь онъ любитъ молиться Божіей Матери. Мало по малу онъ начинаетъ входить въ экстазъ, плакать и испытывать такое наслажденіе и восхищеніе, что пробылъ бы въ такомъ состояніи всю жизнь. При этомъ ему становится жалко Божіей Матери. «Такъ жалко, такъ жалко, шо за душу хвата,—а чого и самъ не знаю». Иногда и дома на него нападала эта жалость о Божіей Матери и онъ начиналъ плакать, молиться и за тѣмъ переходить въ восторженное и восхищенное состояніе. Вслѣдствіе-то этихъ эксцессовъ

¹⁾ Tosselli, Archivio italiano, 1879, t. XV.

²⁾ Howden, Journal of mental Science, 1873.

³⁾ П. И. Ковалевскій, Извращеніе полового чувства у эпилептиковъ, Архивъ психіатріи, т. VI, к. 2.

восхищенія въ церкви предъ иконою Божіей Матери онъ и былъ присланъ въ клиническое психіатрическое отдѣленіе 31 мая 1885 г. Настроеніе духа его обыкновенно ровное; но иногда переходитъ въ нѣкоторую повышенность и восхищеніе. Больной полагаетъ, что на землѣ ходитъ Христосъ. Онъ такъ думаетъ и такъ чувствуетъ. Самъ больной нищій, но святой человѣкъ. Поэтому Спаситель ему завидуетъ и нѣсколько недоволенъ имъ. Зависть и недовольство Спасителя на себя онъ частью предполагаетъ, а частью чувствуетъ,—какъ?—не можетъ этого выразить. Больной въ одно и тоже время Василій Великій, Григорій Богословъ и Іоаннъ Златоустъ. Онъ самъ Василій, отецъ его былъ Григорій, почему онъ и Василій и Григорій; но почему онъ и Іоаннъ—этого онъ никакъ не можетъ выяснить. Этотъ случай напоминаетъ во многомъ случай, описанный Blumenstock'омъ ¹⁾, больной котораго, страдавшій извращеніемъ полового чувства, считалъ себя одновременно Христомъ, Дѣвой Маріей и Св. Духомъ.

Сознаніе у такихъ лицъ во время этихъ религіозныхъ экстазовъ или исчезаетъ не совсѣмъ, или даже и вовсе не исчезаетъ; почему большинство этихъ лицъ помнитъ о содержаніи припадка. Нѣкоторыя изъ нихъ вполне вѣрятъ въ истину всего происшедшаго и становятся страшными религіозными фанатиками. По мнѣнію Ireland ²⁾, Skay ³⁾, Norbury ⁴⁾ и др., къ числу такихъ лицъ слѣдуетъ отнести Магомета, Сведенборга и многихъ другихъ религіозныхъ реформаторовъ. Это экстатическое состояніе можетъ переходить въ нормальное или прекращеніемъ бредовой картины, или чрезъ послѣдующее ступорозное или сумеречное состояніе.

Близко къ этому стоитъ «особенное *сумеречное состояніе съ сноподобными романическими идеями*» болѣею частью *экспансивнаго содержанія*» (Krafft-Ebing). При этомъ больные, какъ бы подъ вліяніемъ насильно навязанной какой либо идеи, воображаютъ себя дѣйствующимъ лицомъ и продѣлываютъ цѣлую фантастическую сцену. При этомъ у нихъ смѣшиваются обстоятельства окружающей жизни и картинъ переживаемой

¹⁾ Blumenstock, Real-Encyclopedie.

²⁾ Ireland, Психозы въ исторіи. 1887.

³⁾ Skay, Journal of mental Science, 1874.

⁴⁾ Norbury, Epilepsy, Medical age, 1891.

ими фантазіи. Нерѣдко состояніе это бываетъ связано съ проявленіями вертигинозной эпилепсіи, или съ проявленіями тоски, почему иногда содержаніе переживаемыхъ сценъ не вполне пріятное. Почти всегда воспоминаніе обо всемъ этомъ происшествіи у больныхъ исчезаетъ.

Суперечное состояніе съ моріобразнымъ возбужденіемъ (Krafft-Ebing) наблюдалось весьма рѣдко. Это особенное состояніе маниакальнаго возбужденія, при чемъ больные веселы, болтливы, выкидываютъ глупыя шутки, гримасничаютъ, паясничаютъ, балаганничаютъ и вообще держатъ себя бессмысленно и несообразно. Состояніе это заканчивается обыкновенно ступоромъ, чѣмъ оно и отличается отъ обычной маніи. Сознаніе при этомъ настолько разстраивается, что больные рѣшительно ничего не помнятъ о происшедшемъ.

Samt ¹⁾ приводитъ слѣдующій случай моріобразнаго эпилептического состоянія. Больной проявлялъ необыкновенную ловкость, дѣлающую честь любому клоуну, остро шутилъ, показывалъ фокусы съ монетами, кувыркался и т. д. Вслѣдствіе его шумнаго поведенія, больного пришлось изолировать, на что онъ очень добродушно согласился. Рядомъ съ такой клоунообразной тогіа существовали явленія ступора, которыя еще рѣзче выступили на второй день, при относительно покойномъ физическомъ состояніи. Когда больного спросили о годѣ и мѣсяцѣ, онъ отвѣчалъ: «1867 годъ 12 мѣсяцъ», между тѣмъ это былъ мартъ 1874 г.; время французской войны онъ тоже относилъ къ 67 году. Затѣмъ онъ говорилъ, что нѣсколько разъ слышалъ голосъ своей жены. «Жена моя вчера вечеромъ присоединялась ко всеобщимъ крикамъ ура; эти крики были весьма восторжены и громогласны, потому что

¹⁾ *Samt*, Epileptisch. Irreseinform. Arch, f. Psychiatrie, B. VI, H. 1, s. 136.

такого великаго праздника еще не было, какъ вчера... Было воскрешеніе мертвыхъ и онъ взятъ былъ на небо»... На четвертый день наступило проясненіе сознанія; на пятый и шестой по одному судорожному приступу. Послѣ этого больной пришелъ въ полное сознаніе и ушелъ изъ больницы.

Meunert ¹⁾ пре- и послѣэпилептическое состояніе замѣшательства эпилептиковъ относитъ къ *аменціи*; точно также онъ утверждаетъ, что и внѣ припадковъ эпилепсіи эпилептики нерѣдко подвергаются приступамъ аменціи. Приступы періодической аменціи, говоритъ Meunert, въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ имѣютъ подобіе *эпилептическимъ приступамъ*, связаннымъ съ состояніемъ сильнаго раздраженія субкортикальных сосудистыхъ центровъ, а также съ разнообразнѣйшими предвѣстниками, въ видѣ *физическихъ ощущеній* (бульбарныхъ), называемыхъ *аврой*. Общими чертами между этими двумя состояніями будутъ: періодичность приступовъ съ интервалами, вазомоторныя явленія, которыя, вслѣдствіе сильнаго измѣненія ритмическаго артеріальнаго систоле и діастоле, обуславливаютъ такое состояніе полушарій, при которомъ воспріятіе внѣшнихъ впечатлѣній и собственныхъ актовъ не фиксируется, такъ, что наступаютъ явленія *забвенія, амнезіи, безсознательности*. Кромѣ того, эпилептическимъ приступамъ какъ предшествуютъ, такъ и послѣдуютъ явленія остраго галлюцинаторнаго сумашествія, такъ называемое *преэпилептическое и послѣэпилептическое* буйство. Невсегда, но часто, случается, что эти приступы аменціи сопровождаются амнезіей. Случается, наконецъ, что у эпилептиковъ, въ свободное отъ припадковъ время, являются приступы остраго галлюцинаторнаго сумашествія, которые почти всегда связаны

¹⁾ *Meunert*, Клиническія лекціи по психіатріи, пер. К. Н. Ковалевской, 1890, 81.

съ амнезіей. Эти факты выясняютъ, почему многіе авторы смѣшивали *периодическое буйство*, особенно всякаго рода амнестическія разстройства, съ эпилепсіей и желали видѣть въ нихъ эпилептическіе приступы, такъ называемый *эквивалентъ*.—Это положеніе проф. Меуперт'а совершенно вѣрно; но никакъ нельзя согласиться съ тѣмъ, чтобы всѣ приступы эпилептического сумашествія могли быть признаны за амнезію,—на чемъ впрочемъ не настаиваетъ и самъ Меуперт.

Въ работѣ Ots y Esquedro¹⁾ описывается случай *паралитической формы* эпилептического сумашествія, гдѣ къ явленіямъ эпилептического сумашествія присоединялись физическіе и душевные признаки паралитическаго сумашествія. Постоянною и устойчивою была картина эпилептического сумашествія,—паралитическія же явленія представлялись добавочными, при чемъ психическіе паралитическіе признаки были выражены болѣе, чѣмъ физическіе.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ разстройства сознанія у эпилептиковъ проявляются частично, при чемъ одна область душевной дѣятельности работаетъ, другая же выводится изъ круга дѣятельности,—одна часть органовъ чувствъ воспринимаетъ впечатлѣнія и служитъ матеріаломъ для образованія представленій,—другая же бездѣйствуетъ. Для выясненія дѣла я приведу описаніе подобнаго приступа изъ работы проф. Сикорскаго.²⁾

Больная прачка. 45 л., замужняя, проявляетъ благопріобрѣтенный сифилисъ съ 18 л., который поразилъ кости и центральную нервную систему. Вотъ одинъ изъ ея припадковъ. Больная, во время прачешной работы, вдругъ утрачиваетъ представленіе о мѣстѣ, гдѣ она находится. Это состояніе больная выражаетъ словами: «Боже мой, я опять забыла, у кого я нынѣ стирала». При этомъ больная можетъ продолжать свою работу, она понимаетъ, что находится въ прачешной за стиркой, но не можетъ уз-

¹⁾ Ots y Esquedro, Locura epileptica de forma paralytica, Revista clinica de los hospitales, 1891.

²⁾ Н. А. Сикорскій, О явленіяхъ, частичнаго сознанія, Вѣст. к.л. псих., 1884.

нать, которая это изъ пяти хорошо извѣстныхъ ей прачешныхъ? она не узнаетъ ни прачешной, ни прислуги. Больная не можетъ отвѣтить себѣ: какъ она попала въ данное мѣсто, въ какой части города находится, по какимъ улицамъ сюда шла и какъ ей отсюда пройти домой. Если припадокъ захватываетъ ее на улицѣ, то она внезапно перестаетъ узнавать мѣсто, гдѣ она находится и утрачиваетъ представленіе о цѣли своего путешествія, о направленіи, въ которомъ шла и въ которомъ ей надо продолжать путь. «Вижу улицу и иду, но не знаю куда и за чѣмъ». Иногда она понимаетъ, что находится въ знакомомъ мѣстѣ, но гдѣ именно—не можетъ сообразить. При этомъ теряется связь между настоящимъ и прошедшимъ. Такіе припадки обыкновенно бываютъ непродолжительны; остальные органы чувствъ во время припадка не поражаются.

Вышеуказанными формами душевнаго разстройства далеко не исчерпываются всѣ проявленія психической эпилепсіи; но всѣ остальные виды еще мало были наблюдаемы, а нѣкоторые изъ нихъ весьма вѣроятно и до сихъ поръ относятся къ другимъ отдѣламъ психопатологій.

Намъ остается упомянуть о *психо-эпилептическомъ эквивалентѣ*. *Эпилептический эквивалентъ* можетъ быть острымъ и затяжнымъ или протрагирующимъ. *Острый эпилептический эквивалентъ* характеризуется слѣдующими явленіями (Koster) ¹⁾: внезапнымъ совершенно ни на чемъ не основаннымъ измѣненіемъ всего существа человѣка, ступоромъ, смѣняющимся по временамъ безсмысліемъ, — тоскою и галлюцинаціями съ бредомъ преслѣдованія, являющимися въ видѣ предвѣстниковъ, — ужасающимъ буйствомъ, развивающимся обыкновенно на высотѣ приступа, послѣдовательнымъ упадкомъ душевной дѣятельности съ потерей памяти о происшедшемъ.

Протрагирующий психо-эпилептический эквивалентъ Samt'a ²⁾. Какъ въ области соматической эпилепсіи мы имѣемъ status epilepticus или особенное состояніе, представляющее сочетаніе цѣлаго ряда, иногда 120 и болѣе,

¹⁾ Koster, Epileptisches Equivalent, Jrrrenfreund, 1887, 10.

²⁾ Samt, Archiv für Psychiatrie, B. V и VI.

эпилептических судорожных приступовъ, такъ и въ области психической эпилепсіи мы имѣемъ нѣчто подобное въ формѣ протрагирующаго эпилептического эквивалента. Подъ именемъ эпилептического эквивалента вообще разумѣется замѣна формальнаго судорожнаго эпилептического приступа какимъ либо другимъ болѣзненнымъ проявленіемъ въ центральной нервной системѣ, преимущественно же психического характера. Таковымъ эквивалентомъ обычной эпилепсіи, напр., нерѣдко служитъ эпилептическое буйство и проч. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ это болѣзненное психическое состояніе затягивается на недѣли (Samt), мѣсяцъ (Knecht) и болѣе (Ковалевскій). Разсматривая этотъ затяжной психическій эквивалентъ, оказывается, что онъ состоитъ изъ отдѣльных приступовъ возбужденія, изъ отдѣльных вспышекъ и ряда цѣлесообразныхъ, но безсмысленныхъ, нелѣпыхъ, дерзкихъ, грубыхъ и преступныхъ дѣяній и поступковъ, имѣющихъ однако обычный фонъ, на которомъ они развиваются, эпилептическое сумеречное состояніе. Такимъ образомъ мы не ошибемся, если скажемъ, что протрагирующій психо-эпилептический эквивалентъ представляетъ собою сумеречное состояніе съ цѣлымъ рядомъ отдѣльных приступовъ психической эпилепсіи, при чемъ весь приступъ имѣетъ волнообразное теченіе.

Эпилепсія можетъ одновременно появляться со всѣми другими психозами, при чемъ это совмѣстное явленіе можетъ быть или въ видѣ сочетанія (комбинаціи), или въ видѣ совпаденія (компликаціи). Въ видѣ сочетанія эпилепсія является съ психозами вырожденія, имѣя съ ними родовую связь. Такъ Russel ¹⁾, И. Я. Платоновъ ²⁾, Маудсли ³⁾ и Я. Боткинъ ⁴⁾ указываютъ на

¹⁾ Russel, The British. med. Journal 1889.

²⁾ И. Я. Платоновъ, Врачебныя Вѣдомости. 1888.

³⁾ Маудсли, Отвѣтственность при душевныхъ болѣзняхъ

⁴⁾ Я. Боткинъ, Медицинское Обозрѣніе, 1882.

сочетаніе эпилепсіи и насильственныхъ представлений. Gnauk ¹⁾, И. Я. Платоновъ ²⁾, С. Н. Совѣтовъ, ³⁾ Vejas ⁴⁾ и Pohl ⁵⁾ привели случаи развитія первичнаго помѣшательства изъ эпилепсіи. Во всѣхъ этихъ случаяхъ существуетъ одно общее связывающее звѣно—это именно—вырожденіе. Какъ насильственные представления и первичное помѣшательство, такъ и эпилепсія суть вѣтви одного и того же дерева—вырожденія.

Чрезвычайно интересны тѣ случаи эпилепсіи, въ которыхъ проявляются только переходныя состоянія изъ эпилепсіи въ первичное помѣшательство. Эти состоянія появляются временно, существуютъ недолго и при благоприятныхъ условіяхъ жизни безслѣдно проходятъ,—при неблагоприятныхъ же—переходятъ въ стойкія психозы. Такое переходное начальное состояніе паранойи рѣзко проявилось въ случаѣ Трутовскаго ⁶⁾. «Больной началъ хандрить; безотчетное чувство тоски все болѣе и болѣе стало овладѣвать его существомъ, онъ сталъ предчувствовать, что вотъ-вотъ съ нимъ что-то должно случиться,—но что это такое—онъ не могъ дать себѣ отчета; къ тому же присоединился безотчетный страхъ, который овладѣвалъ имъ сперва изрѣдка, а за тѣмъ все чаще и чаще. Онъ сталъ подозрчивымъ, подозрительнымъ; ему казалось иногда, что его хотятъ ограбить, обокрасть..... Онъ разочаровался въ людяхъ и въ самой жизни.—ему стало казаться, что жить не стоитъ, хотя мысль о самоубійствѣ никогда не возникала у него»....

Что касается совпаденія эпилепсіи съ другими психозами, то это чисто случайное явленіе, при чемъ, по видимому, эпилепсія не оказываетъ особеннаго вліянія на обычное теченіе психозовъ.

¹⁾ Gnauk, Archiv f. Psychiatrie. B. XII, H. 2.

²⁾ И. Я. Платоновъ, Архивъ психіатріи, т. I, к. 1.

³⁾ С. Н. Совѣтовъ, Архивъ психіатріи, т. III, к. 2.

⁴⁾ Vejas, Archiv f. Psychiatrie, B. XVII, H. 1.

⁵⁾ Pohl, Prag. med. Wochenschr. 1888, № 35.

⁶⁾ Я. Я. Трутовскій, Эпилепсія, Архивъ психіатріи, 1892, 2.

О леченіи душевно-больныхъ въ кровати.

(Методъ т. н. Bettbehandlung).

Доктора мед. А. В. Тимофеева.

Болѣе тридцати лѣтъ тому назадъ извѣстный нѣмецкій психіатръ, Ludwig Meyer, основываясь на своихъ обширныхъ клиническихъ наблюденіяхъ, ввелъ у себя лѣченіе острыхъ психозовъ въ кровати. Съ тѣхъ поръ, не смотря на значительный протекшій періодъ времени, терапевтический приѣмъ этотъ остался мало извѣстнымъ не только внѣ предѣловъ Германіи, но и въ ней самой онъ пользуется незначительной популярностью. Въ этомъ мнѣ пришлось убѣдиться лично во время моихъ путешествій по средней Европѣ: всюду, почти безъ исключенія, я встрѣчалъ крайній скептицизмъ, даже прониживание и враждебность къ Bettbehandlung со стороны врачей; самое меньшее, что приходилось слышать, сводилось къ тому, что сторонники ея до крайности все преувеличиваютъ, что, не смотря на ихъ увѣренія, у нихъ въ большемъ ходу изоляціонныя комнаты и т. д. и т. д. А потому, познакомившись случайно за совмѣстной работой у д-ра Монаковъ въ Цюрихѣ съ д-ромъ Neisser'омъ¹⁾, однимъ изъ убѣжденных защитниковъ упомянутого метода, я охотно уступилъ его любезнымъ приглашеніямъ побывать въ лѣчебницѣ Leubus, гдѣ онъ состоитъ помощникомъ главнаго врача, будучи весьма радъ проверить на дѣлѣ все тѣ про и contra, о которыхъ приходилось такъ много слышать.

Такъ какъ затронутый вопросъ имѣетъ несомнѣнно весьма важное практическое значеніе и интересенъ, и при томъ, насколько мнѣ извѣстно, былъ мало разбираемъ въ русской литературѣ, то я и рѣшился познакомить читателей съ результатами моихъ наблюденій.

Лѣчебница для умалишенныхъ Leubus находится въ прусской провинціи Силезіи, недалеко отъ Бреславля, въ частѣ,

¹⁾ См. докладъ д-ра Neisser'a на германскомъ конгрессѣ 90 г. Berl. klin. Woch. 1890. № 38.

примѣрно, ѣзды отъ ближайшей желѣзнодорожной станціи; такая удаленность отъ центровъ представляетъ, конечно, значительное неудобство, особенно въ виду того, что на пути къ лѣчебницѣ лежитъ рѣка Одеръ, черезъ которую переправляются на паромѣ: весною же и осенью, во время разливовъ, приходится больныхъ возить далеко въ объѣздъ¹⁾. По составу больныхъ Leubus имѣетъ совершенно особый отпечатокъ: сюда направляются только острые, недавно заболѣвшіе больные изъ окружающихъ городовъ Лигница и Бреславля; хрониковъ здѣсь почти вовсе нѣтъ²⁾. Поэтому и названіе носитъ лѣчебница: Irrenheilanstalt, прямо указывающее, что она служить цѣлямъ не призрѣнія, а главнымъ образомъ лѣченія. Это обстоятельство имѣетъ особую важность и интересъ въ виду той системы Bettbehandlung, лѣченія душевно-больныхъ въ

1) Лѣчебница еще издали вырисовывается своею величественностью и массивностью: дѣло въ томъ, что раньше зданія, ею занимаема, принадлежали католическому монастырю, конфискованному впоследствии въ казну; этимъ и воспользовалась администрація провинціи, превративъ громадное трехэтажное пустовавшее зданіе въ заведеніе для душевно-больныхъ. Обстоятельство это и объясняетъ неудобное во многихъ отношеніяхъ мѣстонахожденіе лѣчебницы вдали отъ городовъ, желѣзной дороги и т. д. Понятно также, что при такихъ условіяхъ нельзя ожидать устройства *ex lege artis*, по новѣйшимъ правиламъ современной психіатріи: приходилось примѣняться къ существующему помѣщенію, далеко не всюду, конечно, соотвѣтствовавшему требованіямъ и желаніямъ врачей. И надо сказать, зданіе католическаго монастыря, теперешняя лѣчебница для душевнобольныхъ, представляется достопримѣчательнымъ особенно съ точки зрѣнія археологической: красивый фасадъ, затѣйливой архитектуры, громадной вышины сводчатая комната, съ росписными кое-гдѣ потолками, толстѣйшія стѣны, великолѣпныя залы для бібліотеки и музыкальных собраній, съ прекрасной древней живописью и изваяніями по стѣнамъ, широчайшіе корридоры и лѣстницы,—все носитъ печать стараго времени и во всякомъ случаѣ далеко не имѣетъ обычнаго характера казармъ, свойственнаго спеціальнымъ лѣчебницамъ. Простору, воздуху для больныхъ масса, такъ что при желаніи можно бы помѣстить сюда значительно болѣе положенныхъ по штату 200 больныхъ. Существенный недостатокъ, съ которымъ, понятно, при данныхъ условіяхъ бороться трудно, это разбросанность отдѣленій; окна сравнительно съ комнатами маловаты, а потому свѣту немного; наконецъ, вслѣдствіе отсутствія (за недостаткомъ средствъ) искусственной вентиляціи, воздухъ во многихъ помѣщеніяхъ застаивается и не представляетъ желаемой чистоты.

При лѣчебницѣ прекрасный паркъ, огородъ, фруктовый садъ.

2) Помимо общественныхъ больныхъ есть и пансіонъ на 50 человѣкъ, помѣщающійся въ отдѣльномъ флигелѣ. Плата весьма умеренная: 2800 марокъ для иностранцевъ и 1600 м. для сilesцевъ.

кровати, которая здѣсь примѣняется систематически. Принципъ ея состоитъ въ слѣдующемъ: во всякомъ, психически заболѣвшемъ человѣкѣ, прежде всего и главнѣе всего надо щадить его ослабѣвшія физическія силы; лучшее же и наиболѣе цѣлесообразное для этого средство есть, несомнѣнно, покой, особенно въ видѣ лежачаго положенія. Мысль эта, при современномъ положеніи нашихъ знаній по нормальной и патологической психологіи, до крайности, конечно, проста; а между тѣмъ, она не только еще не вошла въ плоть и кровь современной практической психіатріи, но въ громадномъ большинствѣ случаевъ совершенно ею пренебрегается. Такъ, извѣстно, что острое душевное заболѣваніе, помимо явленій психическихъ, сопровождается цѣлой серіей симптомовъ, указывающихъ на несомнѣнное ослабленіе различнѣйшихъ физическихъ функций организма: нерѣдкое повышеніе температуры тѣла, измѣничивый, неправильный и слабый пульсъ, рѣзкое паденіе вѣса тѣла, ухудшеніе аппетита и пищеваренія и т. д. и т. д. Между тѣмъ такой больной, за частой неудачей несложныхъ терапевтическихъ приѣмовъ, сплошь и рядомъ предоставляется самому себѣ и роль врача ограничивается обыкновенно наблюденіемъ за проявленіями его часто бурной двигательной энергіи, еще болѣе подкашивающими его и безъ того ослабѣвшія силы: обыкновенно онъ запирается на болѣе или менѣе продолжительный срокъ въ изоляціонную комнату, въ худшихъ же случаяхъ привязывается въ смиренной рубашкѣ къ постели, причемъ онъ истощается въ бесплодныхъ усиліяхъ освободиться отъ стѣсняющихъ его путъ. Вотъ обычная картина лѣченія острого психоза съ явленіями возбужденія.

Ясно, что при такой постановкѣ дѣла мало или вовсе не достигается коренное терапевтическое показаніе, уже давно получившее право гражданства во всѣхъ другихъ отрасляхъ практической медицины: дать ослабленному организму покой.

Но если въ теоріи необходимость покоя для острыхъ душевнобольныхъ не можетъ подлежать сомнѣнію, совсѣмъ иначе дѣло стоитъ относительно примѣненія его на практикѣ: какъ провести этотъ принципъ, какъ добиться отъ возбужденныхъ галлюцинирующихъ, мало сознательныхъ больныхъ покойнаго лежанія въ постели? Вотъ тутъ-то и возникаютъ недоумѣнія, дающія поводъ къ той массѣ нападокъ, которыя съ язвительной иногда ироніей обрушиваются на убѣжденных послѣдователей Bettbehandlung.

Постараюсь освѣтить вопросъ объективно, руководствуясь моими наблюденіями въ Leubus.

Первое и самое необходимое условіе, безъ котораго немислимо проведеніе разбираемаго терапевтическаго приѣма, есть общность помѣщенія: больной лежитъ въ постели потому, что кругомъ него больные также лежатъ въ постели. Въ сущности тутъ основа таже, что и для всякаго разумнаго режима въ заведеніи, заключающаяся въ томъ, что громадное большинство душевно-больныхъ такъ или иначе, въ большей или меньшей степени сознательно можетъ относиться къ окружающему, а слѣдовательно и примѣняться къ нему ¹⁾. Только этимъ фактомъ и можно объяснить поразительные результаты, достигнутые напр. режимомъ абсолютнаго попреstraint хотя-бы въ Альтъ-Шербицѣ, гдѣ безпокойные больные живутъ въ обычной почти обстановкѣ, ничѣмъ не стѣсняемые; и это исключительно въ силу того, что все устройство заведенія направлено къ тому, чтобы предоставить больному возможность для него максимумъ свободы, и не внушать ему всей окружающей обстановкой постоянной идеи о томъ, что онъ опасенъ, что на него нельзя положиться и т. д. Точно тоже и относительно лѣченія психозовъ въ кровати: оно осуществимо только тогда, когда все вокругъ говоритъ боль-

¹⁾ Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что сознаніе вообще, а особенно высшее—сознаніе своей личности, своего „я“, представляетъ у человѣка функцію главнымъ образомъ корковыхъ центровъ, а потому въ психическихъ заболѣваніяхъ оно въ болѣй или меньшей степени затмевается въ зависимости отъ силы и свойства патологическаго процесса. Но и подкорковые, чувствительно-двигательные центры обладаютъ также своей долей сознательности, хотя и болѣе общей, менѣе индивидуальной: при нормальной психической дѣятельности она сводится до minimum'a, но, основываясь на экспериментальныхъ данныхъ, возможно думать, что въ случаяхъ патологическихъ, при пораженіи корковыхъ центровъ, она способна викарно развиваться до нѣкоторой степени при наличности благоприятныхъ условій, главнымъ же образомъ времени.

Особенно полно см. у Herzen. Le cerveau et l'activité cérébrale, 1887. p. 197—275.

Отчасти Маудсли: Физиологія и патологія души стр. 112. Несмотря на то М. всячески старается лишить первные акты сознательности, ему все же приходится приписать нѣкоторую долю сознанія центрамъ чувствительно-двигательнымъ.

Meunert: Klin. Vorl. ub. Psych. 1890, p. 42, 82. Также: Н. Спенсер: Принципы психологіи. Lewes: La base physiol. de l'esprit.

Клиника-же даетъ массу указанія въ этомъ направленіи изъ области сомнамбулизма, гипнотизма, сумеречныхъ эпилептическихъ состояній и т. д.

ному о неизбежности и необходимости лежанія, когда рядомъ съ нимъ лежатъ другіе больные (обыкновенно среднимъ числомъ 6—7 на каждую палату). Изоляція въ виду этихъ соображеній является мѣрой весьма нежелательной и къ ней прибѣгаютъ только въ крайности, такъ какъ возбужденный больной въ отдѣльной комнатѣ въ громадномъ большинствѣ случаевъ лежать не будетъ. Въ этомъ же кроется причина того интереснаго факта, что въ пансіонѣ провести принципъ Bettbehandlung почти невозможно, въ виду отдѣльности помѣщеній для каждого больного: соединять же ихъ вмѣстѣ удастся сравнительно рѣдко, вслѣдствіе неудовольствій, претензій со стороны родственниковъ и самихъ больныхъ.

При этой системѣ рѣзко ограниченныхъ отдѣленій для различныхъ категорій душевнобольныхъ не можетъ, да и не должно быть: есть, конечно, спокойное отдѣленіе для выздоравливающихъ, отчасти для хрониковъ, проводящихъ большую часть дня на работѣ; всѣ же остальные отдѣленія съ обычнымъ подраздѣленіемъ на безпокойное, буйное, неопрятное мало чѣмъ отличаются другъ отъ друга: каждое состоитъ обыкновенно изъ трехъ, сообщающихся между собою комнатъ, въ которыхъ лежатъ больные, различно скомбинированные между собою, причемъ въ умѣніи подобрать, такъ сказать перемѣшать больныхъ между собою, должны сказываться знаніе и тактъ врача. Конечно нельзя класть рядомъ двухъ возбужденныхъ больныхъ, такъ какъ они будутъ только раздражать другъ друга: рядомъ съ безпокойнымъ или буйнымъ слѣдуетъ положить такого, который по состоянію своей психики мало или даже вовсе не будетъ реагировать на его выходки; маниакъ прекрасно лежитъ рядомъ съ меланхоликомъ или даже галлюцинантомъ, которые всецѣло поглощены собой и мало обращаютъ вниманія на окружающее; сильно безпокойный галлюцинантъ, шумящій больной, уживается какъ нельзя лучше съ паралитиками или слабоумными, насколько ими не тяготящимися. Новаго больного всегда полезно помѣщать въ палатѣ болѣе спокойной, въ обществѣ больныхъ, уже свыкшихся съ режимомъ; въ общемъ же надо такъ ихъ сортировать, чтобы они по возможности менѣе беспокоили другъ друга и раздражали. Скорѣе всего свыкаются съ кроватью маниаки, меланхолики (за исключеніемъ *melancholia agitata*, циркулярныхъ формъ, хроническихъ маній, которыхъ въ большинствѣ случаевъ приходится изолировать, такъ какъ присутствіе постороннихъ ихъ раздражаетъ), па-

ралитики, истеричныя¹⁾. Паранойки въ острыхъ стадіяхъ, галлюцинанты поддаются трудѣ и требуютъ особой внимательности со стороны врача; но лично я могъ удостовѣриться, какъ 2—3 сильно галлюцинировавшія больныя довольно покойно пребывали въ кровати.

Лежаніе у различныхъ больныхъ можетъ быть, понятно, проведено съ различнымъ постоянствомъ: одни (маніаки, меланхолики, паралитики) весьма покойно лежатъ день и ночь, вскакивая на короткое время только въ моменты сильнаго возбужденія, но и то не всегда; мнѣ неоднократно приходилось быть свидѣтелемъ, какъ нѣкоторые паралитики, галлюцинанты въ моменты крайняго безпокойства все-жѣ таки не покидали постели, оставаясь въ сидячемъ или полужающемъ положеніи. Другіе же, особенно въ первые дни по прибытіи въ заведеніе, часто разметываютъ свою кровать, вскакиваютъ и бѣгаютъ по комнатѣ. Но въ общемъ, входя въ безпокойное и буйное отдѣленіе въ различные часы дня, я каждый разъ поражался «благообразнымъ» ихъ видомъ, представлявшимъ полный контрастъ съ обычной ихъ столь грустной и тягостной картиной. Оставаясь подольше среди «буйныхъ» больныхъ, я наблюдалъ, конечно, какъ тотъ или другой больной вскакивалъ съ кровати, бѣгалъ по комнатѣ, крича и жестикулируя; но это были явленія единичныя, производившія впечатленіе скорѣе случайности, исключенія и ни мало не нарушали общаго, чрезвычайно симпатичнаго зрѣлища этихъ дѣйствительно больничныхъ палатъ. На женской половинѣ, какъ и всегда, шумѣе и надзора за женщинами, по словамъ врачей, надо больше; я же, случайно, попадалъ нѣсколько разъ въ безпокойныя женскія отдѣленія въ моменты относительнаго спокойствія и могъ только констатировать, что многія возбужденныя больныя продѣлывали свой буйный бредъ въ кровати. Повторяю: не слѣдуетъ упускать изъ виду, что все это, за немногими исключеніями, случаи свѣжіе, недавно попавшіе въ лѣчебницу. Къ сожалѣнію, мнѣ не пришлось видѣть острыхъ алкоголиковъ и, зная на сколько эти больные бываютъ неудержимо буйны подъ вліяніемъ обильныхъ и страшныхъ галлюцинацій, я конечно заинтересовался этой стороной дѣла. Оказалось, что врачи Leubus не имѣли личной практики по этому вопросу,

¹⁾ Молодыхъ истеричныхъ, склонныхъ къ половому раздраженію и бреду, долго заставлять лежать не слѣдуетъ, такъ какъ это часто ухудшаетъ ихъ состояніе.

такъ какъ острые алкоголики, представляя собой почти сплошь достояніе городовъ, попадаютъ обыкновенно въ руки городской полиціи и проводятъ свою короткую болѣзнь при городскихъ же больницахъ, общихъ или специальныхъ. По моей просьбѣ были наведены справки у проф. Wernicke, завѣдующаго Бреславской факультетской клинкой, часто имѣющей дѣло съ упомянутой категоріей больныхъ и также проводящей Bettbehandlung. Отвѣтъ оказался благопріятнымъ, острые алкоголики лежатъ въ кровати, хотя, впрочемъ, не во всѣхъ случаяхъ, Эпилептики также довольно рѣдкіе гости Leubus'ъ; бывшіе же случаи прекрасно поддавались общему режиму во всѣхъ стадіяхъ заболѣванія. Вообще, по наблюденіямъ д-ра Neisser'a, больные съ бурными моторными проявленіями и потемненнымъ сознаниемъ, помимо того, что особенно нуждаются въ лежаніи въ кровати, но и легче поддаются этому методу леченія, сравнительно, напр., съ легкой, веселой формы маніи при порядочно сохраненномъ сознаниіи.

Достигнуть цѣли, заставить возбужденнаго больного лежать, дается легко не во всѣхъ, понятно, случаяхъ, и врачу нерѣдко приходится пускать въ дѣло весь свой практический тактъ и арсеналъ терапевтическихъ приѣмовъ, чтобы добиться своего. На практикѣ поступаютъ такъ: всякаго, вновь поступающаго больного, кладутъ въ постель ¹⁾, непременно соблюдая выше намѣченныя соображенія относительно ближайшихъ его сосѣдей; по возможности, смотря по случаю и по состоянію психики, внушается ему необходимость покоя, горизонтальнаго положенія; если онъ сильно беспокоится, возбужденъ, то дѣлается продолжительная теплая ванна; въ большинствѣ случаевъ это хорошо помогаетъ и онъ успокаивается; если-же нѣтъ, то прибѣгаютъ къ hypnotica, обыкновенно къ сульфоналу, 1—3 гр. pro dosi. Въ состояніяхъ очень сильнаго возбужденія, съ значительнымъ

¹⁾ Хотя-бы прямого показанія къ тому со стороны физическаго его состоянія и не представлялось. Въ этомъ отношеніи администрація лѣчебницы, какъ мнѣ кажется, нѣсколько преувеличиваетъ; дѣлается это, впрочемъ, главнымъ образомъ съ цѣлью дисциплинарной: внушить наглядно больному, что онъ дѣйствительно боленъ, что онъ попалъ въ лѣчебницу, и что его состояніе требуетъ извѣстнаго ухода и режима; при такой системѣ съ больнымъ (особенно параноикомъ) впоследствии бываетъ гораздо легче сладить, когда на самомъ дѣлѣ явится необходимость уложить его въ постель.

потемнѣніемъ сознанія, очень полезны приснитцевскія обертыванія: берутъ мокрую простыню (вода 18°), обертываютъ ею больного, а поверхъ два байковыхъ одѣяла; получается нѣчто въ родѣ согрѣвающего компресса, который, какъ я имѣлъ возможность убѣдиться нѣсколько разъ въ Leubus'ѣ, весьма энергично успокаиваетъ и даже усыпляетъ больныхъ. Выгода тутъ заключается еще въ томъ, что руки прижимаются простыней къ туловищу, такъ что въ первые моменты больной лишается возможности наносить удары себѣ и окружающимъ и не требуетъ поэтому лишней прислуги. Подкожное впрыскиваніе гіосцина въ Leubus'ѣ не въ ходу.

Вотъ, собственно, всѣ средства для успокоенія больного и удержанія его въ постели; какъ видно, они не многочисленны и не сложны. Само собою разумѣется, что все это должно происходить въ присутствіи врача и при его строгомъ контролѣ; онъ-же, въ каждомъ случаѣ, долженъ умѣть испробовать и другіе приемы, подсказываемые ему его клиническимъ тактомъ и пониманіемъ больного. Если какой-либо больной, подъ влияніемъ той или другой причины, начинаетъ сильно беспокоиться, вскакиваетъ, бѣгаетъ по комнатѣ и т. д., то въ большинствѣ случаевъ, какъ мнѣ приходилось видѣть, служитель безъ особаго труда водворяетъ его на мѣсто; въ случаяхъ упорства со стороны больного, тотчасъ посылаютъ за врачомъ.

О мѣрахъ, механически стѣсняющихъ свободу больныхъ, въ видѣ смиренныхъ рубашекъ и т. под., и рѣчи нѣтъ; единственное показаніе для горячечной рубашки—трудныя хирургическія поврежденія, требующія полной неподвижности¹⁾; такихъ-же случаевъ въ году бываетъ 1—2.

Не слѣдуетъ, однако, думать, что при Bettbehandlung можно вовсе обходиться безъ изоляціи больныхъ; помимо того, что, какъ выше было указано, есть клиническія формы, совершенно ей неподдающіяся, въ каждомъ случаѣ врачъ долженъ строго индивидуализировать, а потому ему приходится иногда изолировать такихъ больныхъ, которые обычно въ этомъ не нуждаются.

При моемъ посѣщеніи въ изоляторахъ находились: больной съ хронической маніей, такъ какъ, видимо, общество другихъ больныхъ его возбуждало; затѣмъ двѣ женщины съ раганіа (необходимость изоляціи послѣднихъ подлежала еще,

¹⁾ Хотя и это показаніе, всюду распространенное, не выдерживаетъ строгой критики.

впрочемъ, сомнѣнію; комнаты же ихъ были вполне меблированы и не напоминали собой нисколько обычной изоляціонной камеры). Въ принципѣ изоляція считается зломъ, которое избѣгается елико возможно и къ которой прибѣгаютъ только въ случаяхъ крайности. Особенно вредною она оказывается для субъектовъ съ спутаннымъ сознаниемъ, также для склонныхъ къ нечистоплотности ¹⁾, ибо въ одиночествѣ они быстро дегенерируются. Въ общей же комнатѣ надзоръ и уходъ за ними легче, а затѣмъ, по увѣренію врачей, они никогда не доходятъ до такихъ крайностей, какъ обмазываніе себя каломъ, копрофагія и т. д. Весьма важнымъ подспорьемъ для поддержанія чистоплотности и даже общаго питанія, особенно у паралитиковъ, также у прочихъ ослабленныхъ хрониковъ, считаются ежедневныя прохладныя ванны, т. 18—20°; только этому обстоятельству врачи приписываютъ крайне рѣдкое появленіе у упомянутой категоріи больныхъ пролежней, несмотря на непрерывное почти лежаніе ихъ въ кровати.

Существенной стороной разбираемаго терапевтическаго приѣма является, несомнѣнно, вопросъ о прислугѣ, который и служить, обыкновенно, одной изъ главныхъ мишеней для нападокъ на Bettbehandlung; полагаютъ именно, что для того, чтобы заставить возбужденныхъ больныхъ лежать въ кровати, надо либо связывать и привязывать ихъ, либо имѣть непомерно большой штатъ хорошихъ служителей. Мы уже видѣли, что первое нареканіе не отвѣчаетъ самой сути дѣла, основному понятію о данномъ режимѣ; точно также не оправдывается и второе предположеніе. Дѣйствительно, число служителей и сидѣлокъ въ Leubus'ѣ по штату нисколько не превышаетъ обычной ихъ пропорціи въ нѣмецкихъ лѣчебницахъ для душевнобольныхъ, т. е. примѣрно 1 на 10 больныхъ. Распределены они были, какъ я могъ убѣдиться, такъ, что въ отдѣленіи, состоящемъ изъ 3 смежныхъ комнатъ съ 30, приблизительно, больными, дежурили двое служителей или сидѣлокъ; это въ такъ называемыхъ буйныхъ и безпокойныхъ отдѣленіяхъ; въ спокойныхъ же прислуги, конечно, меньше. Но если не требуется большаго противъ обычнаго количества нисшаго персонала, качества его за то должны быть хороши, и въ этомъ отношеніи описываемая лѣчебница поставлена очень счастливо, такъ какъ, находясь вдали отъ

¹⁾ Прибавлю еще для паранойковъ.

городовъ, она можетъ набирать себѣ прекрасныхъ служителей и сидѣлокъ изъ мѣстнаго, неизбалованнаго крестьянскаго населенія. Правда, администрація широко смотритъ на это дѣло, хорошо понимая всю его практическую важность и потому платитъ прислугѣ весьма, сравнительно, высокое жалованье. Такъ, служитель получаетъ мѣс. 30, шах. 60 марокъ въ мѣсяцъ на всемъ готовомъ; сидѣлки же мѣс. 20, шах. 45 на тѣхъ-же условіяхъ; понятно, что для мѣстнаго крестьянина это очень приличный заработокъ.

Слѣдуетъ особенно отмѣтить, что по единогласному утверженію врачей, лѣченіе душевнобольныхъ въ кровати дѣйствуетъ несомнѣнно воспитывающимъ образомъ и на нисшій персоналъ. Дѣло въ томъ, что всякому практическому психіатру близко извѣстно, какъ трудно, а подчасъ и невозможно внушить простому человѣку убѣжденіе въ томъ, что всѣ тѣ несчастные, съ которыми ему приходится имѣть дѣло и отъ которыхъ ему сплошь и рядомъ перепадаютъ побои и т. д.,—что это дѣйствительно больные, съ которыхъ и спрашивать нечего; между тѣмъ, эти же мало интеллигентные служители и сидѣлки, видя тѣхъ же сумасшедшихъ лежащими въ кровати, весьма скоро и наглядно проникаются сознаніемъ, что они на самомъ дѣлѣ больные, и начинаютъ соотвѣтственно относиться къ нимъ. При нѣкоторомъ-же стараніи и внимательности со стороны врача, ихъ даже не трудно пристрастить къ новому дѣлу; тѣмъ болѣе, что нападеніе, насиліе со стороны больныхъ, уже въ силу чисто виѣшнихъ условій, при данномъ режимѣ сводятся до крайняго minimum'a.

Что касается до работъ, главнымъ образомъ полевыхъ и огородныхъ (у женщинъ же шитье), то тутъ дѣло поставлено такъ: работаютъ выздоравливающіе, отчасти хроники, въ случаѣ удовлетворительнаго общаго состоянія; если же больной не можетъ быть допущенъ къ работѣ либо вслѣдствіе остраго или обострившагося болѣзненнаго процесса, либо по неспособности къ труду, то онъ лежитъ въ постели. Подобной рѣзкой постановкой режима избѣгается нелѣпое, безотрадное шатаніе больныхъ изъ угла въ уголъ, сидѣніе вдоль стѣнъ на полу и т. д. и т. д., производящія столь давящее впечатлѣніе въ обычныхъ сумасшедшихъ домахъ. Беру одинъ изъ дневныхъ рапортовъ за время моего пребыванія въ Leubus'ѣ: на общее число 123 женщинъ, 50 лежали въ кровати; 12 (выздоровливающихъ) попеременно то лежали, то

гуляли или работали; 41 были заняты въ огородѣ; 18 гуляли въ саду. Такимъ образомъ въ общемъ число работницъ было свыше 30%. Обычная же цифра вообще всѣхъ работающихъ въ лѣчебницѣ свыше 50%.

Мнѣ казалось, что относительно нѣкоторыхъ больныхъ (особенно паралитиковъ) принципъ лежанія былъ проведенъ слишкомъ строго и ихъ можно было либо какъ нибудь утилизировать въ огородѣ, либо пускать гулять. Тоже скажу и относительно 2—3 параноиковъ. Помимо соображеній пользы отъ работы для самого больного и для заведенія, надо еще сказать, что излишнее лежаніе часто, по словамъ врачей, неблагоприятно вліяетъ на хрониковъ, на столько приучая ихъ къ кровати, что расстаются они съ ней уже съ большимъ трудомъ. Подобная щепетильность администраціи въ проведеніи Bettbehandlung объясняется именно ея желаніемъ всячески избѣгнуть обычной картины специальныхъ лѣчебницъ съ зря бродящими беспокоящимися, шумящими больными.

Каковы-же результаты Bettbehandlung въ смыслѣ терапевтическомъ? Къ сожалѣнію, на этотъ вопросъ пока точнаго, цифрового отвѣта дать нельзя: отчасти потому, что за послѣдніе года больничный матеріалъ въ Leubus крайне измѣнился, отчасти и потому, что для полной доказательности необходимы въ подобныхъ случаяхъ массовыя наблюденія, большія цифры; а такъ какъ Bettbehandlung введено въ описываемой лѣчебницѣ всего 3—4 года, то, понятно, полученные данныя слишкомъ скромны, чтобы имѣть рѣшающее значеніе. По словамъ врачей, число выздоровленій доходитъ у нихъ теперь до 30% въ среднемъ; по ихъ же наблюденіямъ не можетъ подлежать никакому сомнѣнію, что въ общемъ психозы принимаютъ болѣе легкое и благоприятное теченіе. Да иначе и не можетъ быть: точка отправленія, принципъ метода совершенно вѣренъ, а слѣдовательно и результаты лѣченія не могутъ быть иными, какъ вполне благоприятными.

Въ заключеніе—небольшая практически-хозяйственная замѣтка: нѣкоторые администраторы дѣлаютъ Bettbehandlung упрекъ въ томъ, что оно, быдто-бы, удорожаетъ стоимость содержанія больныхъ, такъ какъ требуетъ большаго комплекта бѣлья и прочихъ постельныхъ принадлежностей. По отчетности Leubus'а это оказывается невѣрнымъ, потому что излишекъ на расходы упомянутой категоріи съ избыткомъ покрывается экономіей отъ сохраненія обуви и одежды. Въ

общемъ стоимость больного оказывается около 450 марокъ въ годъ (примѣрно 150 руб. на наши деньги), что при небольшомъ сравнительно числѣ призрѣваемыхъ, слѣдуетъ считать вполне умѣреннымъ.

Несомнѣнно, такимъ образомъ, что описанная система Bettbehandlung представляется въ высшей степени симпатичной, и въ томъ отношеніи особенно, что она, являясь истинно научной, придаетъ вмѣстѣ съ тѣмъ совсѣмъ особый, дѣйствительно больничный, характеръ «сумасшедшимъ домамъ», сглаживая многія ихъ тяжелыя и мрачныя стороны. Но не слѣдуетъ никакъ упускать изъ виду и того, что тутъ существуютъ и вѣсскія противопоказанія, какъ со стороны самихъ клиническихъ формъ болѣзней, такъ и со стороны общаго режима заведенія. Какъ было уже упомянуто, *melancholia agitata*, циркулярныя формы, хроническія маніи, также нѣкоторыя легкія веселыя маніи почти не поддаются лежанію въ кровати и такихъ больныхъ приходится изолировать; затѣмъ молодыхъ истеричныхъ особъ съ склонностью къ эротизму класть въ постель не слѣдуетъ. Хрониковъ особенно паралитиковъ, долго заставлять лежать нельзя, такъ какъ они быстро привыкаютъ къ постели настолько, что расстаются съ ней уже съ трудомъ. Но помимо всего этого, для разумнаго проведенія Bettbehandlung необходимъ особый строй всего заведенія, нуженъ персоналъ, который, помимо солидной научной подготовки, умѣлъ бы гуманно относиться къ своей задачѣ; работы, и притомъ утомительной, ночной, въ первое, по крайней мѣрѣ, время масса и надо много энергіи и терпѣнія, чтобы поставить сложное дѣло на должный путь.

Вибліографія.

Проф. Я. А. Анфимовъ, Къ вопросу о болѣзни Morgagni'a (Syngomyelie type Morgagni).

Больной явился въ амбулаторію съ жалобами на то, что у него «попортились руки и рѣстетъ впередъ лѣвый бокъ». Крестьянинъ, 27 л., здоровой семьи; сифилиса нѣтъ. Порядочно пилъ, 2 года не пьетъ. 8 лѣтъ назадъ ушибленъ (наѣхалъ извозчикъ и протащилъ подъ саями на разстояніи «добрыхъ 2 домовъ»); поврежденій видимыхъ не было, бокъ и грудь болѣли 2—3 дня. Черезъ 2—3 года сталъ выпячиваться лѣвый бокъ. 1½—2 года назадъ появились кровоточащія трещины на концахъ пальцевъ, ногтиды. *Трофическія расстройства.* Всѣ пальцы лѣвой кисти обезображены, на большомъ и указательномъ не достаетъ послѣднихъ фалангъ, кромѣ того ссадины, язвочки, — другіе пальцы лишены ногтей, булавовидно вздуты. На правой кисти разрушеніе ногтей и утолщеніе суставовъ на указательномъ и большомъ пальцахъ. *Сосудодвигательныя расстройства.* Кисть лѣвой руки отечна, синеватого цвѣта часто имѣетъ периферическую т. на 0,30—0,40 ниже правой. Лѣвая щека часто румянится и на ощупь теплѣе. Щека справа t° 33,8, слѣва 34,2. Субъективно: жжение и ощущеніе тепла на лѣвой. *Нарушеніе чувствительности.* а) Полная потеря болевой, осязательной, температурной чувствительности in reg. suprascapul. отчасти въ reg. puchae, deltoidea, supraclavicular sinist. б) Полная потеря болевой и термической in reg. deltoidea и, отчасти in reg. brach poster. в) Значительное пониженіе болевой, термической всей лѣвой половины головы, лица, затылка, шеи и всей лѣвой руки. *Расстройство въ двигательномъ аппаратѣ.* Динамометрія правой руки=40, лѣвой=5. Въ лѣвой рукѣ замѣчается легкій парезъ, атрофія замѣчается только въ слѣдующихъ мышцахъ II, III, IV mm. interossei ext. и въ мышцахъ thenarisi hypothenar. Исслѣдованіе реакціи нервовъ и мышцъ дало довольно рѣзкія уклоненія. Авторъ, суля по распредѣленію расстройствъ чувствительныхъ и мышечной атрофіи, заключаетъ, «что вся шейная часть одной стороны сѣраго вещества спинного мозга отъ II до VIII шейныхъ корешковъ включительно входитъ въ область пораженія.

Н. М. Васильевъ.

Д-ръ Я. Я. Трутовскій, Къ ученію о dementia paralytica syphilitica (Русская медицина, 1892, №№ 5—7).

Авторъ, послѣ изложенія ученія о dementia paralytica syphilitica, приводитъ случай паралитическаго сифилитическаго слабоумія, интересный особенно въ томъ отношеніи, что больной обладалъ особенной идиосинкразіей какъ по отношенію къ іоду, такъ и по отношенію къ ртути. Лечение даннаго больного на Кавказ-

скихъ минеральныхъ водахъ тѣми же препаратами шло гораздо успѣшнѣе, тогда какъ въ клиникѣ малѣйшія дозы іодатовъ понимали пульсъ до 130—160. Съ этой точки зрѣнія авторъ ставитъ для даннаго случая *prognosis infausta*.

Н. М. Васильевъ.

Д-ръ В. И. Яковенко, Проектъ постройки психіатрической больницы съ колоніей для спокойныхъ хрониковъ въ селѣ Гелеоновѣ и атласъ чертежей къ этому же проекту, 1892 г.

Мы получили вышеназванную брошюрку съ приложеніями и очень порадовались за Смоленское земство, если оно осуществитъ свои проекты. Смоленское земство задумало строить лечебницу на 400 душевно-больныхъ и для этого остановилось на типѣ колоніальномъ съ лечебницей для безпокойныхъ, неопрятныхъ и проч. больныхъ. Лечебница будетъ находиться въ трехъ верстахъ отъ Смоленска на здоровой и красивой мѣстности. Матеріаломъ для нея берется кирпичъ, сирецъ и даже глинобитныя стѣны. Словомъ, во всемъ сквозитъ простота, дешевизна, *при точномъ соблюденіи всѣхъ современныхъ научныхъ требованій*. И несмотря на то, что Смоленское земство не желаетъ порвать связи съ наукой, все таки постройка больницы на 400 душевно-больныхъ съ потребными административными зданіями обойдется 375,000. Какъ всякое твореніе человѣческое и проектируемая Смоленскимъ земствомъ больница представляетъ свои недостатки, но во всякомъ случаѣ она безъ сравненія выше пресловутыхъ образцовыхъ Штромовскихъ плановъ, о которыхъ мы со временемъ еще поговоримъ. Душевно желаемъ Смоленскому земству скорѣйшаго успѣха въ выполненіи проекта.

П. И. Ковалевскій.

Д-ръ П. А. Поляковъ, Разрывъ печени во время припадка эпилепсии, Протокол. Кавказскаго Мед. Общ., 1892.

Авторъ описываетъ случай разрыва печени во время эпилептического припадка. Больной 21 г., новобранецъ, кавказецъ, находился на испытаніи по вопросу объ эпилепсии. 6 февраля больной въ состояніи судорожнаго припадка свалился съ постели; послѣ чего онъ тотчасъ былъ полнятъ на кровать и заснулъ. На другой день больной жаловался на боль въ правомъ боку и къ вечеру умеръ. При вскрытіи на правомъ краю печени найдена трещина ея 6 с. длины и 2 с. глубины.

Н. М. Васильевъ.

Dr. Venturi, Множественное видѣніе предметовъ (*Una visione multipla*, *Rivista sperimentale di freniatria*, v. XVII, F. 4)

Авторъ говоритъ объ одномъ больномъ изъ нейропатическаго семейства. истеро-эпилептикѣ, который представлялъ два странныхъ явленія. Во первыхъ у него особая невыносимость солей хинина, употребленіе которыхъ послѣ нѣсколькихъ часовъ принятія производило страданіе кожи: острую эритему съ образованіемъ пузырей и сильное жженіе, которое продолжалось около сутокъ. Во вторыхъ—этотъ больной иногда неожиданно подвергался нервному припадку, во время котораго тѣ предметы, которые были передъ его глазами, онъ видѣлъ умноженными въ 40—50 разъ, соответственно величинѣ предмета и обширности поля зрѣнія. Въ такой моментъ онъ сохранялъ полное сознаніе и предметы, которые онъ видѣлъ, представляли простое кратное повтореніе дѣйствительныхъ предметовъ. Эти приступы продолжались по нѣскольку минутъ.

Авторъ не думаетъ, чтобы подобное явленіе принадлежало кортикальнымъ центрамъ и приписываетъ его измѣненію выпуклости роговицы, которая дѣлается многоплоскостной подъ вліяніемъ спазмодического сокращенія аккомодативнаго мускула.

М. Н. Поповъ.

Dr. Pellegrini, Слуховая чувствительность и слуховая способность различенія разстоянія у сумашедшихъ (*La sensibilita uditiva e il senso dello spazio acustico nei pazzi, Rivista speriment. di fren.. v. XVII, F. 4).*

Авторъ изучалъ слуховую чувствительность у сумашедшихъ посредствомъ часовъ и нашелъ, что она значительно меньше у сумашедшихъ, какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ, сравнительно съ здоровыми людьми. У душевно-больныхъ часто наблюдается глухота, по преимуществу односторонняя. Изъ 90 случаевъ найдено 4 двусторонней и 12 односторонней глухоты. Слуховая чувствительность у мужчинъ, какъ у здоровыхъ, такъ и у больныхъ меньше, чѣмъ у женщинъ, и анакусія у послѣднихъ менѣе часта. Далѣе найдено, что правое ухо оказывается болѣе чувствительнымъ, чѣмъ лѣвое какъ у здоровыхъ, такъ и у больныхъ, у мужчинъ и у женщинъ. Способность анализировать слуховыя ощущенія у сумашедшихъ также измѣнена.

М. Н. Поповъ.

Dr. Tonnini, Основа галлюцинацій (*La base delle allucinazioni, Rassegna clinica e statistica delle Villa di salute di Palermo, 1891).*

Авторъ дѣлитъ галлюцинаціи на дегенеративныя, приобрѣтенныя и психическія. По его мнѣнію галлюцинація тоже, что и иллюзія. И тѣ и другія суть чувствительныя расстройства, отличающіяся между собою только напряженностью. Въ основѣ ихъ весьма часто лежатъ периферическія нервныя расстройства. Дегенеративныя галлюцинаціи—суть прирожденныя галлюцинаціи; онѣ принадлежатъ не только данному лицу, но и его предкамъ. Это обыкновенно хроническія, рѣзкія и стереотипныя галлюцинаціи. Обыкновенно онѣ ограничиваются однимъ чувствомъ и не сопровождаются расстройствомъ самого органа. Кромѣ того онѣ являются чѣмъ-то чуждымъ общему направленію даннаго человѣка. Онѣ являются во всѣхъ психозахъ, основанныхъ на наследственности: Благоприобрѣтенныя галлюцинаціи, которыя тоже не зависятъ отъ хода мысли человѣка, весьма часто сопровождаются периферическими расстройствами; онѣ обуславливаются токсическими, лихорадочными, новообразовательными, вазомоторными и воспалительными пораженіями чувствительной корковой части мозга. Психическими галлюцинаціями называются такія, которыя обязаны своимъ происхожденіемъ представленіямъ воспоминанія или живымъ мыслямъ. Къ таковымъ принадлежатъ внутренніе голоса.

М. Н. Поповъ.

Dr. Mariani, Одностороннія галлюцинаціи (*Allucinazioni unilaterali, Rivista sperimentale di freniatria, v. XVII, F. 4).*

Авторъ сообщаетъ три случая одностороннихъ галлюцинацій. Первая—больная 37 лѣтъ, безъ наследственнаго предрасположенія, страдала тоской, высказывала бредъ преслѣдованія и имѣла зрительныя и слуховыя галлюцинаціи правой стороны. У нея было *pubesulum corneae* на правомъ глазу и глухота на ухо той-же стороны. Больная до самаго выздоровленія не имѣла болѣе никакихъ другихъ измѣненій периферическихъ органовъ чувствъ. Въ двухъ

другихъ случаяхъ галлюцинаціи были лишь по преимуществу одностороннія: въ одномъ зрительныя и слуховыя съ лѣвой стороны, въ другомъ слуховыя—съ правой, тоже безъ всякаго измѣненія периферическихъ органовъ чувствъ. Нужно думать, что во всѣхъ этихъ случаяхъ было центральное пораженіе органовъ чувствъ и что галлюцинаціи были интеллектуальнаго происхожденія, такъ какъ бредъ или заолого предшествовалъ периферическимъ измѣненіямъ, или же являлся безъ всякихъ нарушеній органовъ чувствъ.

М. Н. Поповъ.

Dr. Pollegriani, Понятіе о количествѣ и разстояніи у сумасшедшихъ (*Le nozioni di quantita e di spazio nei pazzi, Rivista sperimentale di freniatria, v. XVII, F. 4*).

Авторъ производилъ измѣреніе способности ариметическаго вычисленія у сумасшедшихъ, изслѣдуя, сколько времени потребно имъ для выполненія въ умѣ простыхъ четырехъ ариметическихъ дѣйствій. Въ каждомъ случаѣ онъ принималъ во вниманіе, какъ величину чиселъ, такъ и родъ болѣзни. Эти наблюденія надъ сумасшедшими были сопоставлены съ наблюденіями надъ здоровыми людьми. Найдено, что понятіе о величинѣ у сумасшедшихъ значительно меньше, чѣмъ у здоровыхъ; время, потребное для простыхъ вычисленій у душевно-больныхъ значительно превышаетъ то, которое употребляютъ здоровые. Наибольшее количество времени при вычисленіяхъ употребляютъ слабоумные и въ особенности паралитики. Далѣе авторъ приводитъ результаты, полученные имъ при изслѣдованіи способности опредѣленія разстоянія у сумасшедшихъ. Опыты свои онъ обставлялъ такъ: предварительно измѣрялъ разстояніе между двумя пунктами и по одиночкѣ заставлялъ больныхъ на глазъ опредѣлять величину этого разстоянія. Параллельно такіе же опыты были произведены и надъ здоровыми. Изъ 15 здоровыхъ только 2 сдѣлали очень крупныя ошибки. Изъ 40 же душевно-больныхъ только 7 первично-помышленныхъ дали приблизительно вѣрныя числа.

М. Н. Поповъ.

Dr. Zucarelli, Насильственные представленія въ симптоматологіи старческаго слабоумія (*Le ossessioni nel sintomatologia della demenza senile, Rivista sperimentale di freniatria, v. XVII, F. 4*).

Больная 71 года, мать 7 дѣтей, происходившая отъ отца, умершаго отъ старческаго слабоумія, подверглась своеобразному заблужденію. Сперва у нея наблюдался ипохондрическій бредъ: она боялась ослѣпнуть, имѣя на лѣвомъ глазу катаракту; спустя нѣсколько мѣсяцевъ появились симптомы, характеризующіе насильственные представленія. У нея появилось неодолимое желаніе вспоминать нѣкоторые дѣтскіе стихи; такъ какъ она не могла ихъ вспомнить, то звала на помощь сына, и, если его не оказывалось по близости, приходила въ страшное возбужденіе. Затѣмъ у нея появилось неодолимое желаніе вспоминать нѣкоторыя имена, по преимуществу иностранныхъ, и выдающіеся города. Память при этомъ постоянно ей измѣняла. Если только она въ данную минуту или черезъ нѣсколько времени не могла вспомнить желаемое названіе, то становилась чрезвычайно безпокойной и раздражительной. Насильственные представленія въ этомъ случаѣ могутъ быть разсматриваемы, какъ симптомъ начинающагося старческаго слабоумія.

М. Н. Поповъ.

Dr Venanzio, Teratofobia, *Rivista sperimentale di freniatria*, vol. XVII, F. 4.

Авторъ не раздѣляетъ мнѣнія Меунерга—обозначить разъ навсегда всѣ проявленія патологическаго страха однимъ словомъ *rapofobia* на томъ основаніи, что больной можетъ чувствовать страхъ ко всякому предмету, и что объектъ страха дѣло совершенно случайное. Онъ описываетъ *teratofobia*, какъ новую форму рудиментарной параной, выражающуюся боязнью ко всевозможнымъ вымыслаемымъ чудовищамъ. Есть люди обоего пола съ наследственнымъ предрасположеніемъ или безъ него, которые, вслѣдствіе истощенія и церебральной нейрастеніи, подвержены приступамъ особой формы мучительнаго и ужаснаго страха ко всему тому, что есть, или даже только кажется имъ чудовищнымъ изъ царства животныхъ. Не смотря на полное сознаніе нелѣпости подобнаго страха, онъ однако является для нихъ непреодолимымъ. Эти приступы сопровождаются иногда странными реакціями, нерѣдко имъ сопутствуютъ опасные агрессивные импульсы. Авторъ подтверждаетъ высказанное положеніе нѣсколькими случаями, которые онъ относитъ къ натурѣ и этиологіи къ рудиментарной параноѣ.

М. Н. Поповъ.

Dr Ellero, Necrofobia, *Rivista sperimentale di freniatria*, v. XVII, F. 4.

Авторъ приводитъ случай *necrofobiae*. Одна госпожа безъ наследственнаго предрасположенія и предшествовавшихъ нервныхъ припадковъ, будучи на кладбищѣ, внезапно почувствовала сильнѣйшій страхъ къ мертвымъ. Чувство страха, наступившее внезапно, сдѣлалось затѣмъ постояннымъ и сопровождалось разстройствомъ ассоціаціи идей. Съ той поры больная начала вести странный образъ жизни, безпрестанно стремилась къ уединенію, избѣгая людей, подозревая, что они стояли вблизи мертвыхъ или трогали предметы, находившіеся въ соприкосновеніи съ послѣдними. Но особенно мучительному состоянію подвергалась больная при видѣ мертвыхъ и даже при мысли дотронуться до нихъ прямымъ или косвеннымъ образомъ. Она была вполне убѣждена въ сознаніи своего болѣзненнаго состоянія, но приступъ страха былъ на столько силенъ, что заставлялъ молчать голосъ разсудка и усилія воли. Гипнотическое внушеніе устраняло нѣкоторые симптомы, но не подавляло мучительнаго чувства, сопровождавшаго приступъ. По выздоровленіи отъ тифа, которымъ заболѣла больная спустя годъ, исчезли и приступы страха и до сихъ поръ не появлялись.

Авторъ думаетъ, что описанную форму патологическаго страха можно поставить въ группу *misofobia* и *gurofobia*, но, желая точнѣ дифференцировать, онъ считаетъ болѣе удачнымъ назвать ее *Necrofobia*.

М. Н. Поповъ.

Dr Belloni, Agorafobia et claustrofobia въ случаѣ нейрастеніи. [*Agorafobia e claustrofobia in soggetto nevrastenico*, *Rivista sperimentale di freniatria*, vol. XVII, F. IV].

Авторъ сообщаетъ случай нейрастеніи, гдѣ преобладали психическіе болѣзненные симптомы, между которыми особенно выдавались *agorafobia* и *claustrofobia*. Подобное совпаденіе свидѣтельствуетъ уже о болѣе глубокомъ пораженіи нервной системы *in toto*. Два названныхъ болѣзненныхъ симптома, какъ боязнь открытаго и закрытаго пространства, не смотря на свою реальную противо-

положность. существовали у одного и того же человека и представляли, такъ сказать, парадоксальное явление и особенность данного случая.

М. Н. Поповъ.

Dr Verga G. B., Случай наклонности къ бродяжничеству (*Un caso determinismo ambulatorio*, *Rivista sperimentale di freniatria*, vol. XVII, F. IV).

Авторъ трактуетъ о 12-лѣтнемъ мальчикѣ, страдающемъ нравственнымъ помѣшательствомъ, который въ продолженіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ 7 разъ пытался бѣжать изъ дому то пѣшкомъ, то по желѣзной дорогѣ, будучи побуждаемъ неодолимымъ стремленіемъ скитаться по различнымъ городамъ и постоянно перекочевывать съ одного мѣста на другое. Этотъ мальчикъ представлялъ всѣ признаки психическіе и соматическіе нравственнаго помѣшательства и служитъ новымъ доказательствомъ сходства между нравственнымъ помѣшательствомъ и эпилепсіей. Кромѣ маніи къ блужданію, у него замѣчалась необыкновенная вспычивость, ничѣмъ необъяснимое отвращеніе къ родительской кровлѣ, чрезвычайная подвижность и живость, наклонность ко лжи, обманамъ, изобрѣтательность на злыя выдумки и воровство и проч. Подобныя психопатологическіе симптомы появились у него на 12-мъ году. Когда онъ былъ помѣщенъ въ лечебницу, у него неоднократно наблюдались неполныя головокруженія, довольно неожиданныя потери сознанія, или же сумеречное состояніе, даѣе амнезіи или полуамнезіи и скоротечные приступы фурора. Авторъ говоритъ, что этотъ случай, вслѣдствіе эпилептическихъ явленій, можно назвать сознательнымъ амбулаторнымъ автоматизмомъ, который гораздо чаще встрѣчается при нравственномъ помѣшательствѣ, чѣмъ простой автоматизмъ въ эпилепсіи.

М. Н. Поповъ.

Dr Colella, О происхожденіи эпилепсіи отъ раненій спинного мозга (*Sulla patogenesi dell'epilessia da lesione spinale*, *Rivista sperimentale di freniatria*, v. XVII, F. 4).

На основаніи своихъ опытовъ авторъ приходитъ къ слѣдующему заключенію. У всевозможныхъ животныхъ (собака, мулъ, голубь) спинной мозгъ при разнообразныхъ раненіяхъ можетъ дать полную картину эпилептиформнаго содержанія. Только у человека и мула въ извѣстныхъ мѣстахъ кожи шеи и лица можно найти эпилептогенныя зоны, раздраженіемъ которыхъ можно вызвать эпилептическія конвульсіи. Опыты съ глубокой декортикаціей на обѣихъ сторонахъ, какъ у животныхъ уже пораженныхъ спинальной эпилепсіей, такъ и здоровыхъ, послѣ удаленія раздражаемаго пояса на обѣихъ гемисферахъ, будучи еще не полными, не привели ни къ какимъ результатамъ для разрѣшенія вопроса: не есть ли двигательный поясъ мозговой коры вмѣстѣ съ тѣмъ, центральнымъ и необходимымъ органомъ для эпилептическихъ конвульсій или какъ присутствіе, такъ и раздраженіе коры есть только одно изъ условій для развитія эпилептическихъ приступовъ въ смыслѣ дѣйствія, которое она оказываетъ на нисшіе нервныя центры.

М. Н. Поповъ.

Dr Petrazzani e Vassale, Пораженіе спинного мозга при слабоуміи (*Le lesione del medollo spinale nella demenza*, *Rivista speriment. di fren.*, v. XVII).

Матеріаломъ для статьи автора служили 22 вскрытія вторич-

ныхъ слабоумныхъ: 9 послѣ меланхоліи, 7 послѣ маніи, 2 послѣ періодическаго душевнаго разстройства, 1 послѣ эпилепсіи, 1 послѣ *delirium acutum* и 2 *dementia senilis*. Изъ этихъ 22 случаевъ въ 12 были найдены измѣненія въ спинномъ мозгу, а именно: 1 разъ перерожденіе пирамидальныхъ боковыхъ пучковъ по всей длинѣ спинного мозга, 5 разъ перерожденіе Голлевскихъ пучковъ въ шейной области съ одновременнымъ участіемъ задней корешковой области грудной части, — въ 1 случаѣ то же, но съ добавленіемъ пораженія Голлевскихъ пучковъ и въ средней области, — 2 обособленное заболѣваніе корешковой области въ верхней грудной части, — 2 заболѣваніе всей спинной части.

В. А. Тихомировъ.

Dr Luzenberger, Объ аномаліи зубовъ у сумасшедшихъ и нейрастениковъ (*Sulle anomalie dei denti nei folli e nei frenastenici, Rivista sperimentale di freniatria, vol. XVII, Fasc. IV*).

Авторъ изслѣдовалъ въ Неапольскомъ домѣ умалишенныхъ 100 мужчинъ и 72 женщины и нашелъ, что пропорція аномалій зубовъ у душевно-больныхъ въ 10 разъ больше, чѣмъ у здоровыхъ. Между аномаліями альвеолярной дуги онъ описалъ одну форму, которую назвалъ трапецевидной: слегка расходящіяся боковыя вѣтви образуютъ съ переднею частью два угла, каждый немного болѣе прямого. Передняя вѣтвь закрываетъ въ себѣ *dentes incisivi*, расположенные въ одну прямую линію, граничащую съ нѣсколькими выдающимися клыками. Въ расположеніи зубовъ нижней челюсти онъ часто наблюдалъ, что ось ихъ слегка наклонена къ небу. Самое большое число уклоненій выпадаетъ на положеніе зубовъ. Гетеротопія далеко не рѣдкое явленіе. Сверхкомплектные зубы наблюдались только у одного вполне развитого больного, и два зачаточныхъ зуба у другого. Между разновидностями формы особенно часто встрѣчается маленькій цилиндрическій клыкъ. Статистическія таблицы были составлены по диагнозу и по болѣзненной наследственности. Изъ нихъ можно вывести тотъ выводъ, что извѣстныя формы атавизма предпочтительно оказываются у психопатовъ съ наследственной дегенераціей.

М. Н. Поповъ.

Dr Gucci, Объ особомъ измѣненіи дыханія въ одномъ случаѣ активной меланхоліи (*Di una speciale alterazione del respiro in un caso di melancolia ansiosa, Rivista sperimentale di freniatria, vol. XVII, F. IV*).

Въ одномъ случаѣ активной меланхоліи съ предшествовавшимъ конвульсивнымъ періодомъ наблюдалось замѣчательное измѣненіе дыханія, которое состояло въ томъ, что частота дыхательныхъ движеній достигла значительной степени, вмѣстѣ съ тѣмъ былъ измѣненъ и самый типъ дыханія, которое сдѣлалось спазмодическимъ. Эта частота дыханій не уменьшалась ни во время сна, ни въ разговорѣ, ни при ѣдѣ. Приступъ прошелъ отъ леченія нисходящимъ гальваническимъ токомъ, но повторялся 2 раза. Какъ клиническую форму, подобное измѣненіе авторъ называетъ ритмическимъ дыхательнымъ спазмомъ. Причину такого болѣзненнаго измѣненія дыхательной функціи надо предполагать или въ пораженіи п. *pneumogastr.*, или въ продолговатомъ мозгу. Авторъ склоненъ думать послѣднее, на основаніи сходства наблюдавшихся явленій съ опытами и съ случаемъ бульбарнаго нейроза, описаннаго проф. Federici.

М. Н. Поповъ.

Dr Luciani, Мозжечокъ (Il cerevetto, 1891).

По изслѣдованіямъ автора, глубокое пораженіе и даже полное уничтоженіе дѣятельности мозжечка не влечетъ за собою полного прекращенія ни въ одной изъ областей душевной или физической жизни человѣка. Отсюда слѣдуетъ, что мозжечокъ составляетъ самостоятельную и независимую систему, связанную непосредственно приводящими съ периферическою чувствительною системою и отводящими путями съ сѣрымъ веществомъ цереброспинальной системы,—посредственно же—съ двигательною системою. Дѣятельность мозжечка двойственная и симметричная въ полушаріяхъ, при чемъ воздѣйствіе этихъ мозжечковыхъ половинъ происходитъ на одноименныя стороны тѣла животного. Дѣятельность отдѣльных частей мозжечка можетъ быть уравниваема другими частями, сохранившимися, при чемъ разница въ дѣятельности выражается преобладаніемъ отправленій непораженной половины тѣла. Отдѣльныя части мозжечка не управляютъ отдѣльными мускульными группами, или отдѣльными чувствами, а служатъ общей экономіи отправленій. Потеря мозжечка сопровождается тремя нарушеніями двигательныхъ отправленій: пораженіемъ потенціальной двигательной силы, повышеніемъ тонуса мускульнаго во время покоя и увеличеніемъ количества импульсовъ во время отправленій мускульной системы и пораженіемъ уравниванія движеній. Трофическая дѣятельность мозжечка доказывается наступленіемъ перерожденія и склерозовъ послѣ его пораженія; кромѣ того рядомъ съ этимъ наступаютъ медленныя кожныя и мускульныя дистрофіи. Иногда нарушенія отправленій мозжечка дѣйствуютъ рефлекторно и вызываютъ рядъ разстройствъ, не прямо отъ него зависящихъ, какъ: головокруженіе, разстройство моторной координаціи, полиурія, гликозурия, ацетонурія, быстрое паденіе вѣса тѣла и т. д. Недостаточность отправленій мозжечка не влечетъ за собою параличей чувствительности и движенія, а порождаетъ астеническія, атоническія и астатическія состоянія. Выпаденіе дѣятельности мозжечка не прерываетъ однако воздѣйствія головного мозга на организмъ. Половинныя заболѣванія мозжечка влекутъ за собою гемистеническія заболѣванія. *В. А. Тихомировъ.*

Dr Borgherini e Gallerani, Дѣятельность мозжечка (Sull'attività funzionale cerevetto, Rivista sperimentale di freniatria, XVII, F. 3).

Первое назначеніе мозжечка—координація произвольныхъ движеній. Поврежденіе наружной поверхности, какъ напр. верхне-задней части, производитъ постоянную и временную судорожную дрожь головы и шеи. Разрушеніе всего мозжечка обуславливаетъ атаксію всѣхъ волевыхъ движеній головы. Болѣзни мозжечка не производятъ ни уменьшенія мускульной силы, ни разстройствъ чувствительности. *М. Н. Поповъ.*

Dr Frigerio, Психозы отъ травматической причины (Rivista sperimentale di freniatria, v. XVII, F. 4).

На основаніи 30 случаевъ раненія черепа авторъ приходитъ къ слѣдующему заключенію: Травмы въ голову могутъ причинить нервное страданіе или даже сумашествіе самой разнообразной формы. Какъ нельзя противорѣчить тому, что послѣ травматическихъ поврежденій могутъ наступить улучшенія моральныхъ способностей, точно также нѣтъ сомнѣнія и въ томъ, что вслѣдъ за ране-

ніємъ могутъ послѣдовать рѣзкія измѣненія характера въ дурную сторону и дойти даже до полного нравственного помѣшательства. Эффекты раненія могутъ наступить или внезапно, или же спустя нѣсколько мѣсяцевъ и даже лѣтъ. Превалирующие симптомы слѣдующіе: покушеніе на самоубійство, бредъ преслѣдованія, галлюцинаціи, моральная распушенность и конвульсивные приступы, которые однако далеко не всегда сопутствуютъ психическимъ измѣненіямъ. Излеченіе идетъ очень медленно, во многихъ случаяхъ бо-лѣзнь остается стационарной. Ни клиническіе симптомы, ни теченіе, ни результаты патологоанатомическаго изслѣдованія не даютъ права выдѣлать травматическій психозъ въ отдѣльную форму психическихъ заболѣваній.

М. Н. Поповъ.

Dr Pierracini, Случай психопатіи при раннемъ сифилисѣ [*Contributo alla casuistica delle psicopatie sifilitiche precoci, Riforma med.*, 1891].

Больной имѣлъ наследственное предрасположеніе къ психозамъ. Послѣ первичнаго сифилитическаго заболѣванія черезъ мѣсяцъ у него явились головныя боли, а спустя еще три недѣли—психическое расстройство. Уже послѣ всего этого явилась сифилитическая сыпь. Меркуріальное леченіе вполнѣ излечило больного. Авторъ полагаетъ, что психопатія обусловилась сифилитическимъ пораженіемъ мозговыхъ оболочекъ.

Н. А. Тихомировъ.

Dr Marrocchi ed Antonini, Зависимость между зобомъ и сумашествіемъ (*Rapporti fra gozzo e pazzia, Rivista sperimentale di freniatria*, v. XVII, F. 4).

Авторы производили клинико-статистическое изслѣдованіе съ цѣлью показать, какое отношеніе существуетъ между зобомъ и сумашествіемъ, какъ относительно частоты случаевъ душевнаго заболѣванія, такъ относительно теченія и симптомовъ душевной бо-лѣзни, имѣя въ виду ту мысль, что gland. thyreoid. оказываетъ значительное вліяніе на функціи нервной системы. Результаты полученные ими слѣдующіе: Страдающіе зобомъ чаще подвергаются душевнымъ заболѣваніямъ, чѣмъ не имѣющіе его. Между страдающими зобомъ преобладаютъ не только формы френастенія, но и вообще легенеративныя, а также пuerperальныя психозы. Выздоровленіе, если только принимать во вниманіе излечимыя формы, почти въ одинаковой пропорціи, какъ между имѣющими зобъ, такъ и свободными отъ него; точно также не замѣчается разницы въ продолжительности заболѣванія. Страдающіе зобомъ представляютъ большее число душевно-больныхъ, но предрасположеніе къ сумашествію есть чисто индивидуальное свойство и только косвенно можетъ быть обязано зобу.

М. Н. Поповъ.

Dr Gonsales, Травма, какъ этиологическій моментъ сумашествія [*Utraumi come momento eziologico nella pazzia, Rivista sperimentale di freniatria*, v. XVII, F. 4].

Авторъ желалъ изслѣдовать, часто ли бываетъ травматическое сумашествіе, или, какъ думаетъ Orpenheim, психическія расстройства при травмѣ только въ исключительномъ случаѣ представляютъ характеръ настоящихъ психозовъ. Съ этою цѣлью были пересмотрѣны всѣ исторіи архива Миланскаго дома умалишенныхъ числомъ 36,047, начиная отъ 1843 года до 1890 включительно, и отдѣлены тѣ случаи, гдѣ можно было предположить вліяніе наслед-

ственности отъ гѣхъ, гдѣ ея совсѣмъ не было. Оказалось, что изъ всѣхъ больныхъ нашлось только 23 женщины и 102 мужчины съ травматическимъ сумашествіемъ. Изъ нихъ 6 женщинъ и 23 мужчины имѣли ясныя указанія на наслѣдственность; въ общемъ, значить, 29 случаевъ съ наслѣдственнымъ предрасположеніемъ и 96 безъ него. Между травмами преобладали преимущественно: паденіе съ высоты, простое паденіе, ударъ копытомъ лошади и ударъ падающаго тѣла. Какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ послѣдствіемъ являлось: эпилепсія, меланхолія, слабоуміе, манія, imbecillitas и нравственное помѣшательство. Психическія явленія наступали у нѣкоторыхъ спустя нѣсколько дней послѣ травмы, у нѣкоторыхъ спустя нѣсколько мѣсяцевъ, у другихъ послѣ нѣсколькихъ лѣтъ. Зрительныя и слуховыя галлюцинаціи всегда были на лицо. Пережѣна характера обыкновенно наступала съ самаго начала заболѣванія. Авторъ находитъ, что травмы въ голову съ психическими послѣдствіями теперь встрѣчаются чаще, чѣмъ прежде, что мужской полъ болѣе расположенъ къ такимъ заболѣваніямъ, чѣмъ женскій, и въ первомъ случаѣ психическія явленія выражаются значительно рѣзче. Въ заключеніе онъ говоритъ, что травматическое сумашествіе можетъ быть выдѣлено въ особую форму, точно такъ же, какъ сумашествіе алкогольное, сифилитическое и проч.

М. Н. Поповъ.

Dr Riggi, Міазматическая инфекція и сумашествіе [Infezione miasmatica e pazzia, Rivista sperimentale di freniatria, v XVII. 4].

Изъ различныхъ случаевъ душевныхъ заболѣваній, послѣдовавшихъ за болотной инфекціей, авторъ выводитъ слѣдующее: Существуетъ и въ настоящее время даже клинически подтвержденъ тотъ фактъ, что міазматическая инфекція есть единственная и несомнѣнная причина нѣкоторыхъ душевныхъ заболѣваній. Хининъ и его дериваты служатъ превосходнымъ средствомъ при леченіи тѣхъ душевныхъ заболѣваній, причина которыхъ кроется въ міазматической инфекціи. Кровопущаніе и послабляющее леченіе должно быть совершенно оставлено, какъ противопоказанное въ леченіи подобнаго страданія.

М. Н. Поповъ.

Dr Roscioli, О кровяномъ давленіи при прогрессивномъ параличѣ [Sulla pressione sanguigna nella paralysi progressiva, Rivista sperimentale di freniatria, v. XVII, F. 4].

Авторъ сообщаетъ нѣсколько произведенныхъ имъ по этому поводу опытовъ. Онъ пользовался аппаратомъ Potain'a [сфигмоманометромъ] и свои наблюденія производилъ надъ arter. radialis тѣхъ больныхъ, у которыхъ не было сердечныхъ болѣзней. Всѣхъ паралитиковъ, подвергавшихся изслѣдованію было 10. У каждаго эксперименты производились по многу разъ. У 8 было замѣчено пониженіе давленія, у 2 повышеніе. Послѣ обѣда у всѣхъ давленіе крови повышалось. Такъ какъ это пониженіе давленія наблюдалось при всѣхъ стадіяхъ болѣзни, то авторъ ставитъ его въ непосредственную причинную зависимость отъ прогрессивнаго паралича.

М. Н. Поповъ.

Dr D'Abundo, О ядовитости сыворотки крови душевно-больныхъ (Sulla azione tossica e battericida del siero di sangue dei pazzi, Rivista Sperimentale, vol XVII, Fasc. IV)

Авторъ испытывалъ ядовитость дѣйствія сыворотки крови, взя-

той у различныхъ душевно-больныхъ. Физиологическимъ критеріемъ для него служили опыты Виппо и Bordoni, которые нашли, что для остраго смертельнаго отравленія достаточно впрыснуть животному 1 к. с. сыворотки отъ здороваго челоѣка на каждые 100 grm. вѣса тѣла животнаго. На основаніи своихъ опытовъ надъ впрыскиваніемъ сыворотки крови въ ушную вену кроликовъ, авторъ пришелъ къ слѣдующимъ результатамъ. Кровь параноиковъ, особенно въ періодахъ спокойствія, по дѣйствию своему наиболѣе подходитъ къ крови здоровыхъ людей. При различныхъ формахъ слабоумія ядовитость крови постоянно оказывалась уменьшенной: недостаточно было даже 15 к. с. впрыскиваемой сыворотки. При общемъ прогрессивномъ параличѣ ядовитость сыворотки крови вообще бываетъ увеличена, въ рѣдкихъ случаяхъ она уменьшена. При маніи наблюдается увеличеніе ядовитости крови. Въ послѣдовательныхъ стадіяхъ за эпилептическимъ приступомъ ядовитость кровяной сыворотки оказывается уменьшенной; это уменьшеніе еще рѣзче замѣтно въ послѣ-эпилептическомъ ступорѣ. При imbecillitas и нравственномъ помѣшательствѣ ядовитость сыворотки также уменьшена, а при идиотизмѣ или равна нормальной или чересчурно понижена. Авторъ предполагаетъ, что подобное уменьшеніе ядовитости кровяной сыворотки можетъ зависѣть или отъ общаго уменьшенія химическихъ началъ, которыя оказываются ядовитыми для извѣстнаго вида животныхъ, или же, можетъ быть, существуетъ повышенное выведеніе токсическихъ продуктовъ, или же, наконецъ, ядовитость названныхъ продуктовъ ослабляется вслѣдствіе поступленія въ кровь новыхъ химическихъ субстанцій. Обратно, увеличеніе ядовитости можетъ зависѣть: отъ ослабленнаго выведенія названныхъ продуктовъ, отъ избыточнаго ихъ образованія и, наконецъ, быть можетъ, отъ поступленія новыхъ химическихъ субстанцій въ циркулирующій токъ крови. Количество бактерій въ общемъ въ крови сумасшедшихъ увеличено, за исключеніемъ депрессивныхъ формъ, гдѣ наблюдается, напротивъ, уменьшеніе. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ядовитость крови повышена, тамъ и дѣйствіе микробовъ замѣтно яснѣе.

М. Н. Поповъ.

Dr Bernardini e de Sarlo, Изслѣдованіе церебральнаго кровообращенія во время психической дѣятельности (Ricerche sulla circolazione cerebrale durante l'attività psichica, Rivista Sperimentale, vol. XVII; Easc. IV).

Вопросъ относительно измѣненій въ кровеносной системѣ при психической дѣятельности не новъ: онъ разрабатывался многими изслѣдователями, какъ напримѣръ: Mosso, Sciamanna, Mays, Garner, Geigel и мног. друг. Существуетъ общая теорія, что при функциональномъ дѣйствиіи какого-нибудь органа наблюдается приливъ крови къ нему: активная гиперемія. Въ частности это относилось и къ функціи головного мозга. Принимали, что во время мыслительной дѣятельности происходитъ анемія перифирическихъ частей и функціональная гиперемія мозга. Съ цѣлью провѣрить эти факты, авторы предприняли рядъ изслѣдованій. Опыты своимъ они классифицировали такъ: 1) измѣненіе кровообращенія при простыхъ сенсорныхъ ощущеніяхъ: зрительныхъ, слуховыхъ, болевыхъ, обонятельныхъ; 2) измѣненіе при тѣхъ ощущеніяхъ, которыя требуютъ нѣкоторой мыслительной дѣятельности, извѣстной

группировки идей или сохранившихся в памяти представлений; 3) наконец, изменение при сложных ощущениях. При всех опытах наблюдалось большее или меньшее изменение пульса, как в величине волн, так и в характере пульсовых поднятий. При простых ощущениях в большинстве случаев наблюдалось только изменение величины волн, тогда как при участии мыслительной деятельности обнаруживались явления анакротизма и катакротизма. Так как наблюдение производилось над самыми маленькими артериями, слишком удаленными от сердца, то, по мнению авторов, явления катакротизма и анакротизма вероятнее всего чисто вазомоторного происхождения и зависят от неравновесия между коэффициентом эластичности сосудистых стенок и количеством крови, содержащимся в них. Исследование периферического кровообращения показало, что далеко не всегда наступает изменение в ней при психической деятельности, и что яснаго соотношения между церебральным и периферическим кровообращением при умственном труде нет. Психическая деятельность постоянно сопровождается изменением вазомоторов и по крайней мере в первый момент преимущественно на вазоконстрикторах, но этим вовсе не исключаются те многие случаи, где, вследствие разнообразных условий, или не наблюдается никакого изменения, или даже происходит расширение сосудов. Первоначальное резкое сужение сосудов впоследствии обыкновенно замещается дилатацией их; зависит ли это от паралича вазоконстрикторов или же от действия вазодилататоров — решить трудно. По всей вероятности действуют и те и другие. Можно только утверждать, что названные противоположности с одной стороны зависят от различной степени возбудимости нервных центров, а с другой обуславливаются большим или меньшим усложнением рефлексов. Дыхательный акт не имеет никакого влияния на изменение кривых пульса при мыслительной деятельности. Мнение Müller'a, что глубокое повторное дыхание может произвести резкое изменение церебрального кровообращения, доходящее даже до анестезии и потери сознания, чем и пользуется дантисты, автор относит к рефлекторному изменению сосудов под влиянием психической деятельности.

М. Н. Поповъ.

Dr Tamassia, О симуляції сумашествія [Sulla simulazione delle pazzia, Rivista speriment- di freniatria, vol. XVII, F. IV.

Все те лица, которые симулируют сумашествие, часто бывают сами кандидатами на сумашествие. Однако совершенная ясность мыслительной деятельности также совместима с способностью подражания сумашествию, на что указывают хорошо известные исторические случаи, изумительная способность многих артистов, а также новые данные Fürstner'a, Binswanger'a и друг. Автору также пришлось наблюдать несколько подобных случаев, где ему удалось обнаружить притворство. Разоблачение симуляции не представляет никакой трудности, стоит только тщательно исследовать общую нервную систему, вести тщательное клиническое наблюдение, или сделать внушение притворщику.

М. Н. Поповъ.

Dr Ellero, Поддѣлка преступленія вслѣдствіе самовнушенія [Simulazione di reato per autosuggestione, Rivista sperimentale di freniatria, vol. XVII, F. IV].

Авторъ сообщаетъ одинъ судебнo-медицинскій случай, въ которомъ ему пришлось быть экспертомъ. Одна истеричная особа найдена была однажды связанною и лежащею съ закрытымъ лицомъ по утру въ своемъ домѣ. Пришедшимъ къ ней на помощь, она объявила, что ночью на нее было сдѣлано нападеніе. Показанія больной навели на ложную дорогу магистратуру и заставили ее тщетно искать мнимыхъ преступниковъ болѣе двухъ лѣтъ. При психическомъ изслѣдованіи оказалось, что данная особа обладала рѣзко выраженной психо-патологической наслѣдственностью, и по особенностямъ условій преступленія, можно было съ увѣренностью сказать, что оно было поддѣлано самой истеричной больною подъ вліяніемъ самовнушенія.

М. Н. Поповъ.

Dr Mairet и Bosc. Психическое разстройство вслѣдствіе разстройства питанія (Aliénation mentale par troubles de la nutrition, Annal. med. psychol. 1892, № 1.

Оба автора упомянутой статьи изучали токсическое дѣйствіе мочи маниаковъ, ступорозныхъ больныхъ, меланхоликовъ, первично-помѣшанныхъ и dementia senilis. Опыты производились надъ кроликами и собаками; мочу впрыскивали въ вены и при этомъ наблюдали степень ядовитости мочи и дѣйствіе ея на различныя функціи: пищевареніе, респираторію, циркуляцію, теплообразование, зрачки и нервную систему.—*Mania tranquilla*. Полученные результаты имѣли большое сходство съ тѣми, которые получаются отъ нормальной мочи, съ тою только разницею, что моча маниаковъ была болѣе энергична.—*Mania furribunda*. По сравненіи съ дѣйствіемъ нормальной мочи получилась слѣдующая разница: моча ажитированныхъ маниаковъ ядовитѣе нормальной мочи. Относительно дѣйствія на нервную систему разница наблюдалась въ слѣдующемъ: являлось сильное расположеніе къ судорогамъ, малѣйшее прикосновеніе къ какой либо точкѣ тѣла моментально вызывало у животного сильный конвульсивный приступъ; затѣмъ сильная гиперестезія, повышеніе мускульной и сухожильной возбудимости. *Ступоръ*. Опыты съ мочей отъ ступорозныхъ больныхъ авторы раздѣляютъ на двѣ группы: 1) случай простого ступора, 2) случай ступора меланхолическаго. *Простой ступоръ*. Дѣйствіе мочи оказалось немного выше нормальной мочи; токсическія же свойства подобны нормальной. *Ступоръ меланхолическій*. Результаты слѣдующіе: 1) степень токсическаго дѣйствія значительно выше нормальной мочи; 2) токсическія же свойства для всѣхъ функцій, за исключеніемъ нервной системы также тѣже, что и нормальной мочи.—Со стороны нервной системы наблюдаются слѣдующія явленія: сперва является безпокойство, затѣмъ довольно сильное и продолжительное ступорозное состояніе. *Меланхолія*. Дѣйствіе мочи меланхоликовъ на зрачекъ, испражненія и циркуляцію тѣже, что и нормальной мочи, только болѣе интенсивно.—Со стороны ^{то} сначала наблюдается повышеніе, затѣмъ пониженіе, за которымъ слѣдуетъ новое пониженіе; чувствительность уменьшается, а иногда и совсѣмъ пропадаетъ; рефлексы

уничтожаются; психомоторныя разстройства выражены сильнѣе, чѣмъ при нормальной мочѣ, наступаетъ сонливость и безпокойство съ повышеніемъ слуховой возбудимости. Наконецъ что касается степени токсическаго дѣйствія мочи меланхоликовъ, то она болѣе значительна. *Первичное помѣшательство*. Результаты получились слѣдующіе: токсическія свойства мочи неажитированныхъ больныхъ тѣ-же, что и нормальной мочи, степень же токсическаго дѣйствія немного выше нормальной мочи.—Что касается мочи ажитированныхъ больныхъ, то она по своему токсическому дѣйствію схожа съ мочей меланхоликовъ. Наконецъ, что касается дѣйствія мочи при старческомъ слабоуміи, то оно слабѣе, чѣмъ нормальной мочи. Въ общемъ оказалось, что моча помѣшанныхъ въ однихъ случаяхъ производила явленія интоксикаціи сходныя съ нормальной мочей, усиливая только нѣкоторые симптомы, въ другихъ случаяхъ къ этимъ явленіямъ присоединялись новыя. *В. А. Тихомировъ.*

Dr. Boeteau, Трофическія разстройства въ душевныхъ болѣзняхъ (*Les troubles trophiques dans les maladies mentales*, *Gezette hebdomadaire*, 1892, 6—7).

Несомнѣнно, что душевныя болѣзни отражаются на экономіи всего питанія тѣла и обуславливаютъ измѣненія тканевой жизни. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при этомъ происходятъ такія измѣненія, напр. кожи, которыя имѣютъ въ основѣ своей ясныя и опредѣленныя пораженія центровъ нервной системы. Гдѣ и какого свойства измѣненія бываютъ, если такія разстройства являются при душевныхъ болѣзняхъ—трудно сказать. Авторъ подвергаетъ разбору нѣсколько случаевъ опредѣленныхъ душевныхъ заболѣваній съ опредѣленными же трофическими разстройствами, которыя, повидимому, стоятъ во взаимной связи. Такъ, авторъ приводитъ случай болѣзни Raynaud—сочетаніе маниакальнаго возбужденія съ асфиксіей пальцевъ рукъ, причемъ приступы болѣзни повторялись четыре раза и всякій разъ не только сопровождался асфиксіей пальцевъ, но и степень асфиксии всегда стояла въ полномъ соотвѣствіи съ длительностью приступа и его напряженностью. Остатковъ не наблюдается онъ также и на случаѣ Ritti «folie à double forme», гдѣ въ меланхолическихъ періодахъ каждый разъ также наступала асфиксія пальцевъ рукъ. Что касается причины этихъ трофическихъ разстройствъ, то, по мнѣнію Brown-Sequard'a, въ основѣ ихъ лежитъ суженіе сосудовъ,—по Schiffу же—расширеніе сосудовъ; Samuel въ этомъ явленіи видитъ пораженіе трофическихъ нервныхъ окончаній,—Vulpian же—пораженіе трофическихъ центровъ.

Я. Я. Трутовскій.

Dr A. Cullere, О внезапной смерти, находящейся въ связи съ нейропатической наследственностью (*De la mort subite dans ses rapports avec l'hérédité névropathique*, *Annal. med. psychol.* 1892, № 1-й).

Авторъ приводитъ 18 наблюдений, гдѣ въ семействахъ можно было установить внезапную смерть и найти прямую связь ея съ различными формами психическихъ разстройствъ. На основаніи этого авторъ приходитъ къ тому заключенію, что внезапная смерть церебральнаго происхожденія служитъ однимъ изъ признаковъ вырожденія.—Наблюдения свои авторъ дѣлитъ на три группы.—Къ первой группѣ относитъ случаи внезапной смерти въ семействахъ

съ психопатической наслѣдственностью. Здѣсь можно было встрѣтить: умалишенныхъ, эксцентриковъ, истеричныхъ, тупоумныхъ, идиотовъ и т. п. Ко второй группѣ авторъ относитъ случаи внезапной смерти, совпадающей съ прогрессивнымъ параличемъ и, наконецъ, къ третьей группѣ, случаи внезапной смерти въ эпилептическихъ семействахъ. Что касается діагностики, патогенеза или физиологической патологии, то объ этомъ до сихъ поръ очень мало извѣстно. Изъ 18 случаевъ приведенныхъ авторомъ, почти половина случаевъ внезапной смерти наблюдалась у молодыхъ субъектовъ; нѣкоторые изъ нихъ едва только достигли юношескаго возраста, остальные случаи наблюдались у людей пожилыхъ, но какъ первые, такъ и вторые представляли рѣзкую картину вырожденія

В. А. Тихомировъ.

Dr Nicodulau, Танатофобія и самоубійство (Tanatophobie et suicide. *Annal. medico-psychol.* 1892, 2).

Въ числѣ различныхъ проявленій вырожденія должно назвать патологическій страхъ, къ которому должно отнести и страхъ смерти. Иногда однако эта боязнь смерти влечетъ за собою покушеніе на самоубійство, которое въ свою очередь также служить въ нѣкоторыхъ случаяхъ проявленіемъ вырожденія. Авторъ приводитъ именно такой случай, гдѣ личность изъ семьи съ склонностью къ самоубійству, лишила себя жизни именно изъ боязни разстаться съ жизнью.

Я. Я. Трутовскій.

Dr Malret, Лечение эпилепсiи борной содой (Traitement de l'épilepsi: par le borate de soude, *Le Progr. med.*, 1892, 6).

Авторъ совѣтуетъ, какъ и всякое средство, назначать *natr. borac.* съ малыхъ дозъ и постепенно ихъ увеличивать. Въ данномъ случаѣ можно начинать съ 0.5—1 grm. и постепенно увеличивать до 4—5 grm. *pro die*. Въ свѣжихъ случаяхъ достаточно бываетъ уже этихъ дозъ, чтобы повліять на приступы; въ болѣе же застарѣлыхъ случаяхъ приходится доходить до 10—12 grm. *pro die*. Авторъ наблюдалъ слѣдующее явленіе: если доза въ 8 grm. не дѣйствуетъ на приступы, то тогда какъ бы ни увеличивали дозы, все равно они останутся не дѣйствительными. Максимальная доза 10 grm. *pro die*, но оставаться на ней долго не слѣдуетъ—а должно постепенно понижать до 2 grm. Бываютъ случаи, что при этой пониженной дозѣ приступы вновь появляются, тогда сразу слѣдуетъ повысить дозу на 6,0 и потомъ вновь постепенно уменьшать. При назначеніи этого средства должно обращать особенное вниманіе на пищевареніе, почему авторъ назначалъ приемы борнокислаго натра рано утромъ, поздно вечеромъ и ночью.

В. А. Тихомировъ.

Dr Féré, Эпилепсія и выпаденіе волосъ (Epilepsie et pelade, *Compt. rendue société Biologique*, 1892, 2).

Авторъ наблюдалъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ эпилепсiи происходитъ рѣзкое выпаденіе волосъ какъ на головѣ, такъ и на другихъ частяхъ тѣла. Авторъ полагаетъ, что это явленіе служитъ дополненіемъ къ другимъ трофическимъ разстройствамъ, наблюдаемымъ въ случаяхъ эпилептическихъ приступовъ.

Я. Я. Трутовскій.

Prof. Fournier, Истерія при сифилисѣ (*Medicine Moderne*, 1891).

Больной заразился сифилисомъ и три мѣсяца все шло обычнымъ порядкомъ. Потомъ явились: тяжесть головы, спотыканье и безпричинныя слезы. Однажды онъ ночью упалъ и послѣ того оказалась: афазія, смѣхъ, усиливавшійся отъ взгляда на блестящія тѣла, и лѣвосторонняя гемиплегія. Подъ вліяніемъ іода всѣ явленія прошли и остался одинъ смѣхъ, почему больной вынужденъ былъ поступить въ госпиталь. Зѣлъ подъ вліяніемъ правильного противусифилитического леченія больной совершенно выздоровѣлъ, но затѣмъ дома вновь проявилъ всѣ прежнія болѣзненные явленія и еще лѣвостороннюю гемипарестезію, давленіе въ области сердца, приступы страха и *globus hystericus*. Кромѣ того у больного ежедневно въ опредѣленный часъ являлись приступы потемненія сознанія.—Авторъ смотритъ на этотъ случай, не имѣющій въ основѣ своей патологической наслѣдственности, какъ на проявленіе истеріи, вслѣдствіе нравственного потрясенія заболѣваніемъ сифилисомъ.

Я. Я. Трутовскій.

Dr Comby, Излечимость сифилитического псевдопаралича у новорожденныхъ (*Curabilité de la pseudoparalysie syphilitique des nouveau-nés* *maladie de Parrot*, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1891).

Parrot, описавшій эту болѣзнь, высказалъ тотъ взглядъ, что болѣзнь эта представляется неизлечимой. Авторъ, на основаніи своихъ наблюденій, держится совершенно обратнаго мнѣнія. Онъ имѣлъ очень много случаевъ выздоровленія и въ настоящей статьѣ вновь приводитъ такіе. Излечимость данной болѣзни стоитъ въ прямомъ отношеніи съ точностью діагноза, условиями жизни семьи и быстротой и энергіей противосифилитического леченія.

В. А. Тихомировъ.

Prof. Charcot, Юношескій общій параличъ (*Paralysie generale chez l'adolescent*, *Le mercredi medical*, 1892, 6).

Dr Blocq переработалъ лекцію проф. Charcot о двухъ формахъ общаго паралича: женскаго и юношескаго. Общій параличъ у женщинъ—явленіе рѣдкое. Neumann 40 л. назадъ утверждалъ, что женщины общимъ параличемъ не заболѣваютъ. Въ настоящее время статистика установила отношеніе общаго паралича женщинъ къ общему параличу мужчинъ какъ 1:10. Форма общаго паралича у женщинъ имѣетъ ту особенность, что у нихъ бреда величія или вовсе нѣтъ, или же онъ имѣетъ свой особенный оттѣнокъ: кокетство, признаніе себя красавицей, беременность отъ императора и проч. Вообще у женщинъ бредовыя явленія выражены весьма ничтожно, почему на первый планъ выступаютъ физическія параличическія явленія и слабоуміе. По автору, *paralysis* свойственъ возрасту 35 л.—всѣ случаи, являющіеся значительно раньше этого времени будутъ составлять *paralysis praecox*,—всѣ случаи позже 35 л.—*paralysis tarda*. Charcot извѣстно только 7 случаевъ *paralysis juvenilis*: 3 Clouston'a, 2 Regis, 1 Vrain и 1 Ballet. (Къ сожалѣнію авторъ мало знакомъ съ литературой даннаго вопроса, иначе онъ не ограничился бы этими случаями). Charcot приводитъ свой случай. Это былъ мальчикъ, отецъ котораго пьянствовалъ въ періодъ зачатія и рожденія больного. 14 л. мальчикъ проявилъ апатію, грустное настроеніе, ослабленіе па-

мнѣ и отупѣніе. Рядомъ съ этимъ были: дрожь языка, губъ и конечностей, измѣненная рѣчь, Argil-Robertson'овскій признакъ, чувствительная эпипсція и наконецъ черезъ два года слабоуміе. Въ случаѣ Ballet былъ сифилисъ у отца больного и врожденный у больного.

М. Н. Поповъ.

Dr Boiteau, Сомнамбулическій автоматизмъ съ раздвоеніемъ личности (Automatisme somnambulique avec dédoublement de la personnalité. Annal. med. psychol. 1891, № 1).

Больная Марія М., швея, 22 лѣтъ.—Мать истерична.—Больная представляла очень рѣдкій клиническій типъ чистой, эссенціальной истеріи, безъ другихъ признаковъ помѣшательства и безъ физическихъ недостатковъ. Въ 91 году у больной обнаружился слѣдующаго рода припадокъ: начинался онъ испытываніемъ чувства страха, подкатываніемъ къ горлу клубка, біеніемъ въ вискахъ, легкими конвульсіями въ рукахъ, затѣмъ больная совершенно теряла сознаніе и автоматически отправлялась странствовать въ теченіи трехъ дней.—Все, что съ ней происходило въ это время, она рѣшительно не помнила. Въ концѣ третьяго дня она приходила въ себя.—Будучи приведена въ гипнотическое состояніе, больная съ замѣчательной точностью могла возстановлять въ своей памяти, все что съ ней происходило во время припадка. Такимъ образомъ затѣмъ имѣется очень ясный примѣръ раздвоенія личности.

В. А. Тихомировъ.

Dr Klippel et Boiteau, Разстройство дыханія при душевныхъ болѣзняхъ и въ частности при общемъ параличѣ (Des troubles de la respiration dans les maladies mentales et en particulier dans la paralysie générale. Le mercredi medical, 1892, 11).

Объ измѣненіяхъ дыханія у нервно-больныхъ очень мало извѣстно до настоящаго времени. Mendel говоритъ, что онъ наблюдалъ у паралитиковъ Шейнштокесово дыханіе; наблюдали также у меланхоликовъ замедленіе дыханія, а у маниаковъ ускореніе дыханія. Авторы: изслѣдовали типъ дыханія душевно-больныхъ съ помощью пневмографа Маггеу'я и нашли, что почти у всѣхъ душевно-больныхъ типъ дыханія измѣненъ, хотя это и не отражается рѣзко во внѣшнемъ видѣ. У меланхоликовъ кривая дыханія таже, что и въ здоровомъ состояніи, только размахи ея слабѣе. У паралитиковъ чаще всего наблюдается аритмія, причемъ кривая неровная и неправильная; рѣже наблюдается дыханіе чередующееся—правильнаго и неправильнаго ритма,—и еще рѣже дыханіе бываетъ осцилляторное, когда кривая прерывается мелкою дрожью. Послѣдній способъ дыханія бываетъ преимущественно у тѣхъ больныхъ, у которыхъ дрожь бываетъ вообще рѣзко выражена.

К. Н. Ковалевская.

Dr Babinski, Гипнотизмъ и истерія (Hypnotisme et hystérie, 1891).

По мнѣнію автора, гипнотизмъ не можетъ имѣть серьезнаго вліянія на органическія пораженія нервной системы. Даже при нейралгіяхъ вліяніе гипнотизма непостоянно и неопредѣленно. Душевные болѣзни точно также едва ли могутъ представлять благоприятную почву для примѣненія гипнотизма. По изслѣдованіямъ Foget'я, душевно-больнымъ никогда не удастся внушить идеи противныя ихъ бреду и вызвать настроеніе противоположное испытываемому больными; исключеніе представляли только истеричныя

больныя. Заключение автора то, что въ истеріи нѣтъ ни одного заболѣванія, которое могло бы быть измѣнено или излечено подъ вліяніемъ внушенія, что явленія гипнотическія по существу того же свойства, какъ и истерическія, и что между гипнотизмомъ и истеріей существуетъ самая тѣсная связь. *К. Н. Ковалевская.*

Dr Esteves, Истерическая лихорадка (*Fièvre hystérique, Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1892, № 1*).

Бываютъ случаи, когда является повышеніе температуры безъ всякихъ къ тому органическихъ основаній, и бываютъ случаи, когда повышенія температуры отсутствуетъ, хотя оно должно было бы быть, напр. при оспѣ. Прежде повышеніе температуры при истеріи отрицалось. Но уже Brochen наблюдалъ повышеніе температуры при истеріи. За симъ слѣдовали болѣе ясныя указанія на существованіе лихорадки при истеріи со стороны Rosenthal'я, Briand, Debove, Manssieri, Wite, Bordoni, Bresler и др. За симъ авторъ приводитъ два собственныхъ случая истерической лихорадки.

В. А. Тихомировъ.

Dr Cullerre, Гипнотизмъ и право (*L'hypnotisme et le droit, Annal. medico-psychologique, 1892, 2*).

Авторъ разсматриваетъ значеніе гипнотизма и внушенія по отношенію къ преступленіямъ и находитъ, что это значеніе крайне преувеличено и не имѣетъ за себя никакой фактической поддержки.

Я. Я. Трутowskiй.

Dr Legrain, Яды интеллекта (*Etude sur les poisons de l'intelligence, Annal. medico psycholog., 1891—2*):

Авторъ разсматриваетъ ядовитое дѣйствіе различныхъ органическихъ и неорганическихъ веществъ, какъ медикаментовъ, такъ и пищевыхъ средствъ, на умственную дѣятельность. Въ своемъ изложеніи авторъ руководствуется только литературными данными и полагаетъ, что тщательная опытная разработка этого вопроса много могла бы помочь изученію физиологіи мозга.

Я. Я. Трутowskiй.

Dr. Boubila, Hadjes и Cossa, Хлористое золото и натръ въ общемъ прогрессивномъ параличѣ (*Chlorure d'or et de sodium dans la paralysie générale progressive, Annal. medico-psychol., 1892, 1-2*).

Принимая во вниманіе, что въ основѣ общаго паралича въ большинствѣ случаевъ лежитъ сифилисъ, авторы при немъ начали примѣнять антисифилитическое леченіе,—но это леченіе оставалось безуспѣшнымъ. Тогда они вспомнили, что въ былыя времена сифилисъ лечился золотомъ, а потому и прибѣгли къ этому способу леченія прогрессивнаго паралича. Результаты этого леченія оказались однако не особенно успѣшными. По авторамъ, подъ вліяніемъ этихъ средствъ увеличилось количество красныхъ кровяныхъ тѣлецъ; въ первомъ періодѣ общаго паралича получались болѣе продолжительныя свѣтлыя промежутки, а во второмъ отстранялся на время смертельный исходъ. Авторы назначали хлористое золото отъ 0,002 до 0,01 pro dosi.

Я. Я. Трутowskiй.

Dr Kurella. Общественное призрѣніе идиотовъ (*Ueber di öffentliche Fürsorge für Idioten, Centralb. für Nervenheilk. von Kurella, 1892, 2*).

Въ Германіи недавно вышелъ законъ, обязывающій общественныя учрежденія призрѣвать идиотовъ. Этотъ законъ засталъ общество

неподготовленнымъ къ надлежащему устройству призрѣнія идиотовъ и съѣздъ врачей психіатровъ занимался этимъ вопросомъ въ прошломъ году. Авторъ представилъ свой докладъ на этомъ съѣздѣ, въ которомъ, помимо разсмотрѣнія вопроса о патологій идиотіи, разсматривается также вопросъ объ общественномъ призрѣніи идиотовъ. По его мнѣнію должно отдѣлять идиотовъ взрослыхъ и малолѣтнихъ. Взрослые, безпокойные и опасные идиоты должны быть помѣщаемы въ обычные дома для умалишенныхъ; для малолѣтнихъ же идиотовъ необходимо устраивать особые воспитательныя заведенія съ цѣлю умственного развитія ихъ. Лучше всего будетъ, если эти образовательныя заведенія будутъ находиться при общихъ заведеніяхъ для душевно-больныхъ, дабы административная часть падала на администрацію заведенія, — врачъ же отдѣленія для идиотовъ всецѣло посвятилъ бы себя дѣлу развитія идиотовъ. Что касается эпилептиковъ, то изъ нихъ въ данное заведеніе подлежатъ только тѣ, которые вмѣстѣ съ симъ проявляютъ и признаки идиотизма.

П. И. Ковалевскій.

Dr Scripture, Ueber den associativen Verlauf der Vorstellungen, Philosoph. Studien, B. VII, H. 1.

По автору въ ходѣ представленій можно различать четыре основныхъ процесса. Ранѣе, чѣмъ вступить представленіе въ ассоціаціонный процессъ, оно подвергается какъ бы подготовкѣ, пробѣгая всѣ степени сознанія до апперцепціи, съ тѣмъ, чтобы послѣ того воздѣйствовать на теченіе представленій. Представленія, находящаяся въ различныхъ степеняхъ сознанія, посредственно или непосредственно воздѣйствуютъ на теченіе представленій. Опыты дали возможность доказать посредственное воздѣйствіе представленій и кромѣ того показали, что воздѣйствіе несознанной или полусознанной части теченія представленія значительно слабѣе, нежели воздѣйствіе вполне сознанной части. Степень возстановляемости и вступленія въ сознаніе посредствующаго представленія допускаетъ еще массу видоизмѣненій этихъ процессовъ. Въ качествѣ третьяго основного процесса авторъ принимаетъ присоединеніе представленія цѣлыхъ или частей представленій къ уже имѣющимся представленіямъ. Формально этотъ процессъ будетъ ничто иное, какъ простое прибавленіе къ начальному представленію, или прибавленіе съ уменьшеніемъ основного представленія, или, наконецъ, низведеніе основного представленія до нуля или полная замѣна основного представленія другимъ. По содержанію слѣдуетъ различать присоединеніе одного воспріятія къ другому воспріятію (весьма рѣдко), присоединеніе свободнаго представленія къ воспріятію, или, наконецъ, свободнаго представленія къ таковому же. Совершенно особенное значеніе имѣютъ изслѣдованія автора относительно послѣдующаго воздѣйствія представленія. Онъ стремится доказать, что возвратъ или возстановленіе представленія совершенно не существуетъ, между тѣмъ какъ это явленіе до сихъ поръ составляло основу психологическихъ толкованій о ходѣ представленій. По мнѣнію автора, немыслимо, чтобы возстановленное представленіе проходило весь ходъ первичнаго представленія. Легко доказать, что воспріятіе или свободное представленіе во время теченія его по отношенію къ состоянію сознанія подвергается постепенному видоизмѣненію отдѣльныхъ составныхъ своихъ частей.

Слѣдствіємъ этого является почти невозможнымъ повтореніе хода одного и того же представленія; почему при каждомъ возстановленномъ представленіи будутъ существовать качественныя отличія съ первичнымъ. Каждое представленіе есть продуктъ настоящихъ и многихъ предшествовавшихъ элементовъ сознанія.

М. Н. Поповъ.

Dr Friedrich, О состояніи идиомускулярной сократительности у душевно-больныхъ (Ueber das Verhalten der idiomuskulären Erregbarkeit bei Geisteskranken).

Авторъ присоединяется ко взгляду Ziehen'a, по которому мускульная раздражимость обуславливается механическимъ раздраженіемъ заложенныхъ въ мускулахъ нервныхъ вѣточекъ или нервныхъ окончаній. Исслѣдовавъ 561 случай душевныхъ болѣзней въ Іенской клиникѣ, авторъ нашелъ въ 38,30% тотальное усиленіе одной мускульной сократительности, въ 30,6 тотальное усиленіе сократительности съ мускульнымъ припуханіемъ и 5,50% ослабленіе тотальной мускульной сократительности. Положеніе Reinhard'a, что общая и частная мускульная сократительность стоятъ въ обратномъ отношеніи другъ къ другу, авторъ не могъ подтвердить. Тотальная сократительность одинакова какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ, тогда какъ мѣстная у женщинъ вдвое рѣже.

З. В. Гутниковъ.

Dr Fleiner, Syphilis occulta, Deutsch. Arch. für klin. Med., 1891.

Подъ этимъ названіемъ Erb описалъ тѣ случаи сифилиса, въ которыхъ не существуетъ анамнестическихъ данныхъ ни о первичныхъ, ни о вторичныхъ явленіяхъ сифилитического зараженія. Такихъ больныхъ авторъ дѣлитъ на три группы: первую группу составляютъ жены сифилитиковъ, пораженные сифилисомъ до или послѣ замужества, но безъ ихъ вѣдома, — вторую — матери, дающія выкидыши, вслѣдствіе сифилитического страданія, — и третью — случаи syphilis hereditaria tarda.

С. Н. Совѣтовъ.

Dr Fischl, Кортикальная эпилепсія врожденно-сифилитического происхожденія (Corticale Epilepsie congenital syphilitischen Ursprungs, Zeitschr. f. Heilkunde, 1890).

Авторъ описываетъ случай заболѣванія частыми моноспазмами правыхъ нижнихъ конечностей двухъ дѣтей родителей сифилитиковъ. Авторъ объясняетъ это явленіе гуммознымъ процессомъ мозговой корки.

З. В. Гутниковъ.

Dr Harmsen, Къ ученію о діагнозѣ и прогнозѣ при сифилисѣ мозга (Beitrag zur Diagnose und Prognose der Hirnsyphilis, 1890).

Главныя проявленія мозгового сифилиса состоятъ въ слѣдующемъ: головныя боли, рвота, головокруженіе, въ нѣкоторыхъ случаяхъ параличъ facialis и oculomotorii, афазія и гемиплегія. Въ одномъ случаѣ наблюдались полидипсія и полиурія. Почти всѣ подобные случаи въ практикѣ автора окончились выздоровленіемъ подъ вліаніемъ энергичнаго противусифилитическаго леченія.

З. В. Гутниковъ.

Dr Hochsinger, Pseudoparalysis syphilitica infantilis, (Archiv dermatologie und Syphilis, 1892, 2).

Авторъ описываетъ случай заболѣванія одиннадцатимѣсячнаго ребенка наслѣдственнымъ сифилисомъ, выразившимся со стороны

нервной системы параличемъ верхней лѣвой конечности, сопровождавшимся болями при попыткѣ отводить руку ребенка. Кроме того у ребенка были измѣненія въ костяхъ и кожѣ. Этотъ-то случай авторъ почему то называетъ pseudo-paralysis. П. П. П.

Dr Ascher, Афазія при прогрессивномъ параличѣ (Ueber Aphasie bei progressiver Paralyse, Centralb. für Nervenheilk. von Kurella, 1892, 2).

Авторъ описываетъ случай прогрессивнаго паралича съ идеями грандіозности, въ теченіе котораго проявлялись афазическія явленія. Помимо обычныхъ патологоанатомическихъ измѣненій, при вскрытіи были найдены измѣненія въ первой лѣвой височной извилинѣ. Она представлялась суженной, въ первомъ и второмъ слоеъ Meynert'овскихъ клѣтокъ замѣтно накопленіе веретенообразныхъ клѣтокъ,—количество же нервныхъ элементовъ уменьшено; нервныя волокна набухши.

С. Н. Савѣтовъ.

Dr Schlesinger, Наслѣдственная хроническая хорea (Chorea chronica hereditaria, Zeitschs für klin. Medicin, B. XX, N. 1 и 2).

Авторъ описываетъ три случая хронической наследственной хорей, на основаніи которыхъ онъ дѣлаетъ слѣдующія положенія: наследственная хорea обыкновенно наступаетъ въ зрѣломъ возрастѣ, хотя у отдаленныхъ членовъ семьи она можетъ появляться и въ молодые годы. Обыкновенно хорea передается отъ поколѣнія къ поколѣнію, но могутъ иногда быть отдаленныя поколѣнія и свободными отъ хорей. Возможно, что иногда хорea замѣняется тяжелою истеріей. Хроническая хорea постепенно усиливается и мышьякъ не обнаруживаетъ здѣсь благотворнаго воздѣйствія.

Д. И. Поляковъ.

Prof. Krafft-Ebing, Рѣдкая форма половой неврастеніи съ насильственными представленіями (Ueber eine seltene Form von Neuraesthesia sexualis mit Zwangsvorstellungen, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, B. 48, N. 4).

Очень часто неврастенія, подъ вліяніемъ раздраженій половыхъ органовъ, превращается въ половую неврастенію. Если состояніе вырожденія значительно, то къ этому нерѣдко присоединяются насильственные представленія. Эти насильственные представленія могутъ являться или одиноко, или цѣлыми массами. Подъ вліяніемъ воздѣйствія ощущенія со стороны раздраженныхъ половыхъ органовъ, нерѣдко эти насильственные представленія принимаютъ окраску половую. Но такое сочетаніе половой неврастеніи съ насильственными ощущеніями отличается отъ нимфоманіи, такъ какъ въ первомъ случаѣ происходитъ неправильное отправленіе мыслительныхъ центровъ, тогда какъ въ нимфоманіи происходитъ преобладаніе раздраженія центровъ половыхъ ощущеній и отправленій.

Д. И. Поляковъ.

Dr Ostermayer, Случай выздоровленія отъ психоза подъ вліяніемъ гинекологическаго леченія (Ein durch gynäkologische Behandlung geheilter Fall von Psychose, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, B. 48, N. 4).

Въ прежнее время въ области нейро-и психопатологій приписывалось большое значеніе пораженію женскихъ половыхъ органовъ, почему и леченіе направлялось на эту область особенно энергичное. За сямъ, особенно со стороны психіатровъ, наступила

реакція, при чѣмъ начали отвергать не только мѣстное леченіе половых органовъ, но даже и самое изслѣдованіе. Точное наблюденіе показало, что истина занимаетъ середину. Есть случаи, въ которыхъ даже изслѣдованіе женскихъ половых органовъ можетъ дать плохія послѣдствія,—и есть случаи, гдѣ необходимо бываетъ вмѣшательство мѣстнаго леченія женскихъ половых органовъ. Послѣднее умѣстно именно тамъ, гдѣ въ основѣ душевнаго заболѣванія лежитъ пораженіе женскихъ половых органовъ и послѣдующее истощеніе. Авторъ приводитъ случай, въ которомъ болѣзненное душевное состояніе два раза развивалось подъ вліяніемъ воспаления матки и два раза проходило подъ вліяніемъ удачно примененнаго мѣстнаго леченія.

Д. И. Поляковъ.

Dr Talcott, Діететика при леченіи душевныхъ болѣзней (*Dietetics in the treatment and cure of insanity, American Journal of insanity, 1892, 1*).

Авторъ исходитъ изъ того положенія, что душевная болѣзнь есть въ тоже время и физическая болѣзнь. Особенно это примѣнимо къ меланхоліи и маніи, такъ какъ первая является слѣдствіемъ истощенія организма, а вторая сама влечетъ за собою истощеніе. Поэтому на первомъ планѣ леченія должно быть усиленное питаніе организма въ особенности молокомъ, въ крайнемъ случаѣ даже черезъ мягкій зондъ. Молоко должно быть теплое, 38°, и назначаться отъ 6 утра до 9 ч. вечера, а если у больного безсонница, то и ночью, черезъ 2—3 ч. Если молоко слишкомъ густое, то его можно разбавлять зельтерскою водою, а при жидкомъ молокѣ прибавляется масло. Иногда къ этой пищѣ можно добавлять хлѣбъ съ масломъ и стимулянтъ—немного бифти. Когда больные достаточно поднимутся въ вѣсѣ,—когда значительно улучшится ихъ питаніе, то къ молоку можно добавить растительную крахмалистую пищу, фрукты и весьма малое количество жирнаго барашка, или жирной сочной ветчины. Безжирную говядину авторъ рѣшительно устраняетъ, такъ какъ она возбуждающе и истощающе дѣйствуетъ на нервную систему больныхъ. Когда больные еще больше оправятся, можно увеличить количество крахмалистой пищи, какъ каша съ молокомъ и растертымъ сыромъ,—добавить яйца и приступать постепенно къ мясу.

К. Н. Ковалевская.

Dr John Ferguson, Діететическое леченіе эпилепсіи (*Dietetic treatment of epilepsy, Therap. Gazette, 1891*).

Авторъ обратилъ вниманіе на то обстоятельство, что нитрогенная пища нѣсколько способствуетъ появленію приступовъ эпилепсіи. Напротивъ, растительная пища способствуетъ прекращенію приступовъ эпилепсіи. Животная пища въ соединеніи съ бромомъ по своему противозпадептическому дѣйствию будутъ слабѣе, чѣмъ одна растительная пища безъ броматовъ.

Д. И. Поляковъ.

Dr Persning, Травматическій нейрозъ въ судебномъ отношеніи (*Traumatic neuroses in damage suits, The Alienist and neurologist, 1892, 1*).

Въ послѣднее время желѣзнодорожныя крушенія породили цѣлую массу нейрозовъ, по поводу которыхъ нѣсколько возникаютъ судебныя иски. Бываютъ случаи, что, подъ вліяніемъ этихъ физическаго и психическаго шоковъ, пораженія нервной системы насту-

пають немедленно; но бывают и такі случаи, когда 3—6 мѣсяцевъ человекъ чувствуетъ себя здоровымъ, а затѣмъ наступаютъ: боль въ затылкѣ, головѣ и ногахъ, шаткая походка и неуверенность движенія. Болѣзненное состояніе постепенно усиливается и становится безнадежнымъ. Многие врачи такіа запоздалая страданія принимаютъ за притворство. Во избѣжаніе столь несправедливаго приговора во исѣхъ такихъ случаяхъ требуется самое тщательное изслѣдованіе всѣхъ областей организма. Charcot травматическій нейрозъ относитъ къ области истеріи,—авторъ же признаетъ его за самостоятельный нейрозъ болѣе обширный, чѣмъ истерія.

Д. И. Поляковъ.

Dr Whitwell, Пульсъ въ ступорѣ (The Pulse in stupor, Lancet, 1891).

По изслѣдованіямъ автора, въ состояніи ступора артеріи находятся въ тоническомъ напряженіи, повышая тѣмъ артеріальное давленіе. Это состояніе напряженія отчасти можетъ быть ослаблено амилнитритомъ; проходитъ же вовсе спастическое напряженіе только при наступленіи свѣтлаго промежутка. Въ этомъ періодѣ повышенное артеріальное давленіе иногда замѣняется даже пониженнымъ артеріальнымъ давленіемъ и является основой и спутникомъ измѣненнаго состоянія душевной дѣятельности. Сфигмографическія кривыя указываютъ на строгую параллель между состояніемъ пульса и душевнымъ состояніемъ,—что особенно рѣзко выражается въ моментъ перехода изъ одного состоянія въ другое. Находя при вскрытіяхъ такихъ больныхъ рѣзко выраженный спазмъ артерій основанія мозга, авторъ считаетъ его достаточною причиною для проявленія ступора, почему считаетъ правильнымъ отнѣсти это и въ самомъ названіи болѣзни, предлагая назвать ее «dystropho-neurosis stenotic».

К. Н. Ковалевская.

Dr Atwood, Причины душевныхъ заболѣваній (Causation of insanity, American Journal of insanity, 1892, 1).

Авторъ ничего новаго не представляетъ въ области ученія о причинахъ душевнаго разстройства, кромѣ того, что въ Америкѣ громадный процентъ душевныхъ болѣзней представляютъ эмигранты. Разсматривая соотношеніе предрасполагающихъ и вызывающихъ причинъ между собою, авторъ отдаетъ предпочтеніе первымъ. Авторъ полагаетъ, что излеченіе душевно-больныхъ шло бы гораздо лучше, если бы врачи практики больше были знакомы съ ученіемъ о душевныхъ болѣзняхъ, почему онъ предлагаетъ повысить требованія отъ врачей по этому отдѣлу медицины.

К. Н. Ковалевская.

Dr Chaddock, Зрительныя видѣнія алкогольнаго бреда (The visual imagery of alcoholic delirium, The alienist and neurologist, 1892, 1).

Зрительные образы остраго и хроническаго алкогольнаго отравленія настолько устойчивы и характерны, что невольно возбуждаютъ вопросъ: чѣмъ это обуславливается—дѣйствіемъ ли алкоголя на центры, или особенными измѣненіями въ периферіи органа. По мнѣнію автора, алкогольныя галлюцинаціи не есть первичныя галлюцинаціи, а вторичныя, иллюзорныя. Главная особенность зрительныхъ видѣній алкоголиковъ—ихъ подвижность и оживленность. Въ нормальной жизни мы нерѣдко наблюдаемъ проекцію ретинальных раздраженій въ видѣ летающихъ мушекъ, фосфеновъ и проч.

Подъ вліяніємъ алкоголя получается два ненормальныхъ явленія: 1, усиленная раздражимость свѣтлѣткѣ, ставящая ее въ условія продолжительной и массою проекціи ея собственныхъ раздраженій и 2 такое измѣненіе кортикальныхъ центровъ представленій, которое ставитъ ихъ въ условія неправильнаго толкованія ненормальной зрительной проекціи. Особенность алкогольныхъ видѣній представляется въ видѣ звѣрей и животныхъ авторъ объясняетъ психическою особенностью человѣческой организаціи—придавать всему движущемуся свойство жизненности; поэтому и въ данномъ случаѣ проекціонныя движущіяся явленія, при совмѣстномъ ненормальномъ состояніи центровъ представленій и сознанія, легко принимаются алкоголиками за животныхъ и звѣрей.

К. Н. Ковалевская.

Dr Channing, Физическое воспитаніе дѣтей (*Physical education of children*, American Journal of insanity, 1892, 1).

Присматриваясь къ обществу, мы замѣчаемъ какъ у взрослыхъ, такъ и особенно у дѣтей массу нервныхъ расстройствъ. Это будетъ нервный темпераментъ, выражающійся беспокойствомъ, раздражительностью, потребностью въ возбужденіи, недостаточнымъ самообузданіемъ, эготизмомъ и пр. Все это ведетъ къ нервной простраціи и нервнымъ расстройствамъ, сначала функціональнымъ, а затѣмъ и органическимъ. Невольно является вопросъ: гдѣ причина этого нервного темперамента? Для множества такихъ случаевъ мы не можемъ подыскать надлежащей основательной причины. Правда, во всѣхъ этихъ случаяхъ оказывается множество причинъ; но все это причины ничтожныя, третестепенныя. Первое мѣсто въ числѣ причинъ занимаетъ наследственность. Однако эта наследственность въ большинствѣ бываетъ столь ничтожна, что ей одной приписать послѣдующую нервность дѣтей невозможно. Обыкновенно къ этой слабой наследственности присоединяется неправильное воспитаніе, которое уже удесятерять плоды наследственности. Величайшая погрѣшность современнаго воспитанія—отсутствіе соотвѣтствія между умственнымъ и физическимъ воспитаніемъ. При слабости и недостаточности физическаго воспитанія нельзя у ребенка создать крѣпкаго характера, силы воли, энергіи и дисциплины ума. Безусловно необходимо, чтобы рядомъ съ умственнымъ и нравственнымъ воспитаніемъ шло и физическое воспитаніе. Фребель первый выразилъ это въ своей системѣ воспитанія, гдѣ одновременно сочетаются: движенія, пѣніе, ритмъ и мысль. Такое сочетаніе физическаго и душевнаго развитія есть единственный исходъ для избавленія отъ дальнѣйшаго развитія современнаго нервного темперамента и для успѣшной борьбы съ нимъ.

К. Н. Ковалевская.

Dr Tomlinson, Изученіе введенія и примѣненія физическихъ упражненій при леченіи сумашествія и нервныхъ заболѣваній (*A Study of the indications for, and application of, physical culture in the treatment of insanity and allied diseases*, The Journal of nervous and mental diseases, 1892, 1).

Нервная протоплазма обладаетъ особенною раздражительностью, служа для собиранія, сохраненія и распредѣленія внѣшнихъ воздѣйствій. Вся эта дѣятельность сопровождается разрушеніемъ самаго вещества и накопленіемъ образованій разрушенія составныхъ

частей нервных элементов или самоотравлениемъ. Болѣзненные состоянія именно и обуславливаются въ однихъ случаяхъ чрезмѣрною раздражительностью протоплазмы и ея истощениемъ—это преимущественно состояніе возбужденія, напр. манія и пр.,—въ другихъ случаяхъ накоплениемъ образований разрушенныхъ составныхъ частей—преимущественно въ состояніяхъ подавленности. При леченіи этихъ состояній прежде всего должно поднять питаніе организма. Но ни лекарства, ни питаніе сами по себѣ не дадутъ благотѣльныхъ послѣдствій, если къ нимъ не будетъ присоединенъ третій дѣтель—физическія упражненія. Мускулы и другія ткани организма страдаютъ отъ недѣтельности и отъ самоотравленія. Упражненія повысятъ питаніе и вынесеніе ядовитыхъ веществъ и тѣмъ дадутъ правильныя отправленія органовъ. Кромѣ того физическія упражненія своимъ порядкомъ, послѣдовательностью и настойчивостью могутъ оказать благотворное и психическое вліяніе. Къ такимъ физическимъ дѣтелямъ авторъ относитъ: пассивный и активный массажъ, гальванизацию, фарадизацию, систематическія произвольныя движенія и гимнастику. Гимнастика особенно хороша группами,—для мужчинъ въ видѣ военныхъ упражненій,—а для женщинъ въ видѣ танцевъ.

К. Н. Копалевская.

Dr Trowbridge. Отношеніе хорей къ эпилепсiи (*Relations between chorea and epilepsy, The Alienist and neurologist, 1892, 1*).

На связь хорей съ эпилепсiей обращали вниманіе уже прежніе авторы. Такъ объ этомъ писали: Diller, Putzel, Hammond, Hoffman, Rosenthal, Mitchel, Jones, Arnold, Ranney и проч. Авторъ вновь пересматриваетъ этотъ вопросъ и, на основаніи бывшихъ у него случаевъ заболѣванія, полагаетъ, что между хорей и эпилепсiей существуетъ тѣсная связь, такъ какъ оба заболѣванія обуславливаются поражениемъ двигательныхъ и мыслительныхъ центровъ мозга и разница между ними состоитъ только въ степени напряженности. Хорея предрасполагаетъ къ эпилепсiи и эпилепсiя предрасполагаетъ къ хорей; но первое условіе проявляется чаще. Хорея въ одномъ поколѣніи можетъ передаться въ видѣ эпилепсiи въ слѣдующемъ или въ еще дальнѣйшихъ поколѣніяхъ; но можетъ быть и обратное явленіе. Нейропатологическое состояніе родителей можетъ въ дѣтяхъ проявиться и хорей и эпилепсiей у различныхъ членовъ. Эти двѣ болѣзни могутъ существовать одновременно и тогда степень ихъ проявленія стоитъ въ обратномъ отношеніи. Въ случаяхъ совмѣстныхъ хорей и эпилепсiи обыкновенно существуетъ болѣе или менѣе рѣзко выраженное пораженіе умственныхъ способностей.

А. И. Поляковъ.

Dr Klerman. Геній или дегенеративный эпилептоидный психозъ (*Genius a degenerative epileptoid psychosis, Alienist and neurologist, 1892, 1*).

Lombroso проводитъ ту мысль, что геній есть проявленіе дегенеративнаго психоза и для этого приводитъ множество описаній странностей и выходокъ различныхъ историческихъ лицъ. Авторъ изложивъ теорію Lombroso, несогласаается однако съ мнѣніемъ послѣдняго. По мнѣнію автора, геній есть проявленіе здоровыхъ началъ данной личности, которыя сосуществуютъ съ дегенеративнымъ состояніемъ и не только не служатъ выраженіемъ послѣдняго, но даже находятъ въ борьбѣ съ дегенеративными проявленіями.

А. И. Поляковъ.

Dr Charles K. Mills, О локализациі слухового центра (On the localisation of the auditory centre. Brain. Wint. Numb. 1891).

Описавъ интересный случай вмѣстѣ съ данными аутопсии, авторъ дѣлаетъ изъ него слѣдующіе выводы: 1) центръ для слышанія словъ расположенъ въ заднихъ третяхъ первой и второй височныхъ извилинъ; онъ точно локализуется на линіи, идущей отъ задняго конца горизонтальной вѣтви Сильвиевой борозды, или какъ-разъ впереди его; возможно, что этотъ центръ ограничивается второй височной извилиной. 2) 3-я, 4-я и 5-я височныя извилины не принимаютъ участія въ церебральномъ слышаніи. 3) Пораженіе, ограниченное задними третями первой и второй височныхъ извилинъ лѣваго полушарія, продуцируетъ полную, или почти полную словесную глухоту, при остающихся интактными соответствующихъ областяхъ другого полушарія. 4) Поле или сфера для всѣхъ слуховыхъ памятей занимаетъ гораздо большій корковый поясъ, чѣмъ поле для слышанія словъ, заключая въ себѣ по крайней мѣрѣ заднія двѣ-трети первой и второй височныхъ извилинъ. 5) Слуховое поле и спеціальныя слуховыя центры болѣе высоко развиты въ лѣвомъ полушаріи, но для полной мозговой глухоты необходимо разрушеніе слуховыхъ поясовъ двухъ верхнихъ височныхъ извилинъ обоихъ полушарій. 6) Пораженіе, ограниченное центромъ для слышанія словъ и вызывающее словесную глухоту вызоветъ также парафазію при попыткахъ говорить и паралексію при попыткахъ читать. 7) Изолированное пораженіе центра для слышанія словъ, продуцирующее абсолютную или почти абсолютную словесную глухоту, не служитъ необходимой причиной неспособности выражать слова другимъ образомъ, напр. посредствомъ видимыхъ знаковъ; въ такихъ случаяхъ значеніе слова можетъ быть понятно, хотя названіе не можетъ быть точно проверено сознаниемъ. 8) Церебральное пораженіе или пораженія, вызывающія словесную глухоту, поведутъ, со временемъ, ко вторичной атрофіи рѣчевыхъ и ртоязычныхъ (ого-lingual) центровъ на моторной или дающей импульсы сторонѣ головного мозга, а также къ атрофіи ассоціационныхъ путей между сенсорнымъ и моторнымъ слухово-рѣчевыми центрами. 9) Ретро-инсулярныя извилины тѣсно связаны анатомически и функционально съ подраздѣленіями первой височной извилины, самая задняя изъ этихъ ретро-инсулярныхъ извилинъ находится въ непрерывномъ соединеніи съ задними двумя-третьими первой височной извилины.

А. П. Драгомановъ.

С М Ъ С Ъ.

* Въ Чикаго убитъ Dr Wilder душевно-больнымъ, паранонкомъ, бывшимъ сначала въ заведеніи для душевно-больныхъ, а потомъ вышедшимъ оттуда. Dr Wilder былъ вызванъ убійцею по телефону къ больной и по приѣздѣ по назначенію убитъ двумя выстрѣлами изъ револьвера (New-York Herald.).

* «Figaro» приводитъ новую эксцентричность Вильгельма II. По приказанію императора, госларскій гарнизонъ долженъ учиться кататься на конькахъ. Солдаты будутъ выдѣлывать на льду всѣ движенія, какія они дѣлаютъ на твердой землѣ. Такое распоряженіе сдѣлано, будто-бы, въ виду возможности зимней кампаніи противъ Россіи.

(Южн. Кр. 1892 г.).

* Германскій императоръ заявилъ о своемъ намѣреніи лично участвовать въ предстоящихъ весной въ Коузѣ состязаніяхъ яхтъ на своей яхтѣ «Meteor», которую онъ намѣренъ командовать лично.

(Южн. Кр.).

* Одинъ изъ дантистовъ Берлина получилъ увѣдомленіе, что сейчасъ къ нему прибудетъ гвардейскій офицеръ съ дамою, желающей пломбировать зубъ. Дантистъ просилъ записаться въ очередь, но ему передали, что случай особенно важный и ждать нельзя. Нѣсколько удивленный дантистъ велѣлъ впустить пациентку, которая вошла въ сопровожденіи своего кавалера. Дантистъ просто глазамъ не вѣрилъ, до того офицеръ былъ похожъ на императора, а его дама на императрицу. Офицеръ уѣхалъ, сказавъ, что возвратится черезъ полчаса. Когда онъ возвратился, дантистъ, не сомнѣвавшійся болѣе въ личности своей пациентки, окончилъ пломбированіе. Офицеръ спросилъ, сколько надо заплатить, и рассчитавшись, какъ простой бюргеръ, увелъ свою даму. Взглянувъ въ окно, дантистъ узналъ императорскую карету и лошадей.

(Лучъ).

* Германскій императоръ на банкетѣ, устроенномъ въ честь его Бранденбургскимъ сеймомъ, между прочимъ произнесъ слѣдующее: «Германія, мало по малу, приходитъ въ самый цвѣтущій возрастъ и пора выдѣлится намъ отъ дѣтскихъ болѣзней. Надо положитьсь во всемъ на Бога. Этого Старого Совѣтника времени Росбаха и Деневица. Мы призваны къ совершенію великихъ дѣлъ и я поведу васъ на встрѣчу блестящимъ днямъ. Мой курсъ вѣрный и я буду слѣдовать ему».

(Русское Богатство).

* «Indépendance Belge» сообщаетъ слѣдующее: «Германскій императоръ приказалъ вырѣзать золотыми буквами на бѣлой мраморной доскѣ рѣчь, произнесенную имъ на банкетѣ бранденбургскаго сейма. Доска эта будетъ храниться въ арсеналѣ. Кромѣ того, отпечатано специальное изданіе на пергаментѣ. Вильгельмъ II украсилъ собственноручною надписью каждый изъ этихъ экземпляровъ и предписалъ ихъ раздать членамъ верхней прусской палаты, депутатамъ германскаго рейхстага и главнымъ сановникамъ имперіи».

(Новости, 1892, 57).

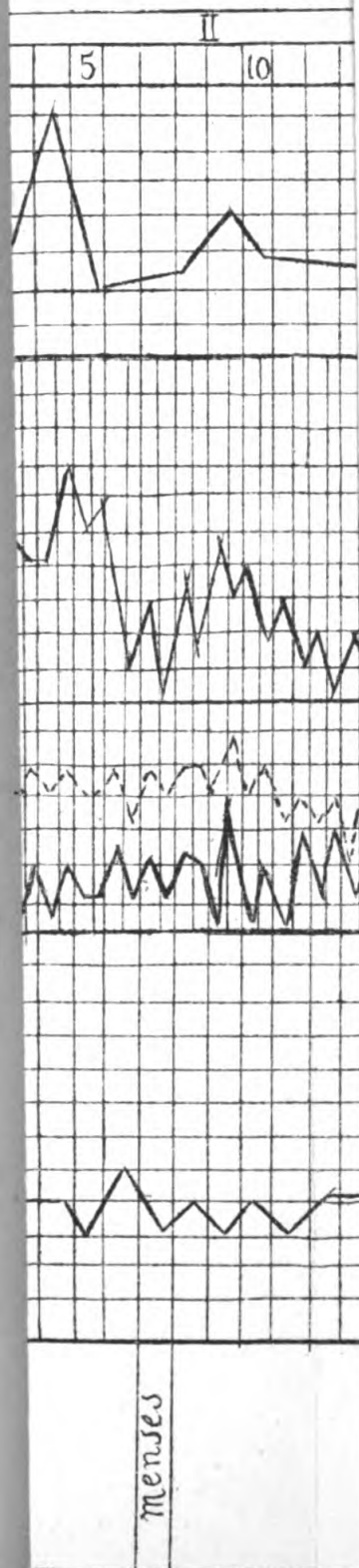
Редакціей получены слѣдующія книги:

Dr Prince, Fire Protection of Hospitals for the insane, 1891.— Проф. Н. П. Котовщikovъ, Таблица важнѣйшихъ признаковъ характеризующихъ внутреннія болѣзни, 1892.— Д-ръ Тимоѣевъ, Очерки французскихъ лѣчебницъ для душевно-больныхъ, 1892.— Д-ръ В. И. Яковенко, Проектъ постройки больницы съ колоніей для спокойныхъ хрониковъ въ селѣ Гехеоново, Смоленскаго земства. Атласъ чертежей этого проекта, 1892.— Д-ръ В. И. Яковенко, Медицинскій отчетъ по отдѣленію душевно-больныхъ Смоленской губернской земской больницы, за 1891 г.— Проф. Ге, По поводу надзора за проституціей въ Казани, 1892. *Proceedings of the society for psychical research.*— Проф. А. С. Лебедевъ, Примѣненіе наказаній въ средѣ духовенства.— Проф. С. Д. Костюринъ, Пневмококкъ, встрѣчавшійся при гриппѣ, бывшемъ осенью и зимою 1891 г.— Д-ръ И. Н. Дракинъ, Дезинфекрующее средство креолинъ и его употребленіе въ хирургической и зубо-лѣчебной практикѣ.— Д-ръ А. Г. Глинскій, Къ сравнительной гистологіи пищеваго, 1892.— Д-ръ Н. И. Мухинъ, Къ ученію о гистологическомъ строеніи продолговатого мозга, 1892.— Д-ръ Шмидебергъ, Основы фармакологіи, переводъ подъ редакціей Д-ра Дубелира, 1891.— Д-ръ Д. Дубелиръ, *Noch einige Versuche über der Einfluss der Wassers des Kochsalzes auf die Stickstoffausgabe von Thierkörper.*— Проф. В. Ф. Чижевъ, Криминальная антропология. *Dr Crothers, Are inebriates curable.*— Д-ръ Алтуховъ, Энцефалометрическія изслѣдованія мозга, 1891.— Д-ръ Ѳ. Х. Годзяцкій, О преступленіяхъ у солдатъ въ связи съ болѣзненными состояніями организма.— Prof. Kirn, *Die nervösen und psychischen Störungen der Influenza*, 1891.— Д-ръ Викторовъ, Броунъ-Секаровскій, способъ подкожныхъ впрыскиваній и его значеніе въ лѣченіи нервныхъ больныхъ, старческаго ослабленія и чахотки, 1891.— Dr Agostini, *Contributo all'azione del bromuro di potassio nella cura dell'epilessia*— И. Н. Михалевичъ, Двадцатипятилѣтіе Каменецъ-Подольской русской публичной библиотеки, 1866—1890.— Dr Krannhals, *Die Influenza Epidemie*, 1891.— Prof. Ladame, *Ascedence des alcooliques.*— Dr Sanna Salaris, *Epilessia psychica ed omicidio.*— Prof. D'Abundo, *Contributo allo studio delle importe digitali.*— Dr Krauss, *The people sadie Macmullen.*— Проф. А. Ге, Курсъ венерическихъ болѣзней, 1892.— Д-ръ Э. Ф. Беллинъ, Обще-ственно-санитарныя учрежденія германской столицы.— *Bulletin of the international medico-legal Congress 1889 г.*— Dr Tellegen, *Over het nut van opium bij melancholische toestanden.*— Dr Tellegen, *Psychiatrische Bladen.*— Dr Tellegen, *Rapport in Zake het psychiatrisch onderwijs.*— Д-ръ Баженовъ, Докладная записка.— Протоколы Курскаго медицинскаго общества.— Dr Tellegen, *Rapport in zake de verbetering van het verplegend personeel in de Nederlandsche Krankzinnigen-Gestichten.*— Dr. Tel-

legen, De rijksinspecteur der Belgische Krankzinnigengestichten en het no-restraint.—Dr Tellegen, Het verleden, het heden en de toekomst der Krankzinnigenverpleging in Nederland. — Dr Tellegen, Over dwang in talgemeen, over grilles in t'blizonder.—Dr Tellegen, Nog eens de dementia paralytica in Nederland.—Проф. В. М. Бехтеревъ, Къ вопросу о наружныхъ сочетательныхъ волокнахъ мозговой коры.—Dr Landois, Учебникъ физиологии человека, изд. 2-е в. 1, 1892.—Dr Kurella, Die öffentliche Fürsorge für Idioten.—Kurella, Gerichtsärztliche Bemerkungen zum Mordprocess Heinze.—Prof. Gowers, A manuel of diseases of the nervous sistem, vol I, second edition, 1892.—Dr. Bannister, A statistical note on two hundred and thirthy—four cases of paresis, with special reference to its etiology.—Проф. П. И. Ковалевскій, Парціальная эпилепсія.—Проф. Я. А. Ифимовъ, Къ вопросу о болѣзни Morgan'a.—Отчетъ Владимирской земской губернской больницы за 1891г.—Prof. Bechterew, Ueber eine neue Untersuchungsmethode der sehnensreglexe und ueber die Veränderungen letzterer bei Geisteskrankheiten und bei Epileptiker. Dr Krauss, Rhus aromatica in the treatment of incontinence of urine.—Dr Krauss, A neuro—topographical bust Krauss.—Проф. Ф. А. Патенко, Дѣло объ отравленіи потомственного почетнаго гражданина Н. Ф. Максименко въ судебно-медицинскомъ отношеніи.—Проф. Ф. А. Патенко, Къ вопросу о судебно-медицинскомъ значеніи трупныхъ явленій.—Dr Donaldson, Anatomical observations on the brain and several sense organs of the blind deafmute, Laura Dewey Bridgman. Dr Donaldson, The size of several clinical nerves in man as indicated by the areas of their grossections.—Д-ръ В. Н. Ланковский, Слизистая (бокаловидная) кѣтка, ея строеніе, жизнедѣятельность, происхождение и увяданіе.—Д-ръ Д. Л. Глинскій, Къ физиологии кишечника.—Д-ръ Овсяницкій, Къ физиологии слюнныхъ железъ.—Д-ръ Селезневъ, Къ нормальной и патологической патологии яичка.—Д-ръ Мачинскій, О нормальномъ ростѣ трубчатыхъ костей человека.—Д-ръ Кудревецкій, Матеріалы къ физиологии поджелудочной желѣзы.—Д-ръ Верховскій, Процессъ возстановленія въ слюнной подчелюстной желѣзѣ собаки.—Д-ръ Алексенко, Къ нормальной и патологической гистологии яичка человека.—Д-ръ Романовскій, Къ вопросу о паразитологии и терапіи болотной лихорадки.—Д-ръ Кручининъ, Матеріалы къ вопросу о заболѣваніи слюнныхъ железъ при брюшномъ тифѣ.—Д-ръ Виноградовъ, О возможности пользованія чахоточныхъ больныхъ прогулками на открытомъ зимнемъ воздухѣ даже въ Петербургѣ.—Д-ръ Мишвелевъ, Матеріалъ къ вопросу, объ усвоеніи жира кефира чахоточными. Д-ръ Хетагуровъ Патолого-анатомическія измѣненія крови при брюшномъ тифѣ.—Д-ръ Павловскій, Къ вопросу о патолого-анатомическомъ измѣненіи почекъ при желтухѣ.—Д-ръ Гюббенетъ, Къ вопросу о бугорчатѣ лимфатическихъ железъ.—Д-ръ Афанасьевъ, Къ вопросу о вліяніи камфорной кислоты на поты чахоточныхъ.—Д-ръ Куркутовъ, Къ вопросу о вліяніи лихорадочнаго состоянія и жаропонижающаго леченія на усвоеніе жировъ пищи.—Д-ръ Геселевичъ, Къ вопросу о вліяніи промыванія желудка на усвоеніе жировъ пи-

щи у здоровыхъ людей. Д-ръ Бакаловичъ, Къ вопросу объ азотистомъ обменѣ подъ вліяніемъ алкоголя. — Д-ръ Савельевъ, Заболѣваемость легочной чахоткой. — Д-ръ Тимофеевъ, Матеріалы о вліяніи глубокихъ вдыханій. — Д-ръ Ушинскій, Газообмѣнъ и теплопроизводство при фторидзинной гликозурии. — Д-ръ Засядко, Матеріалы къ діететикѣ при хроническихъ нефритахъ. — Д-ръ Шульгинъ, Къ вопросу о вліяніи возбуждающихъ средствъ. — Д-ръ Дмитріевъ, Отношеніе величины и температуры воспалительнаго очага къ общей температурѣ тѣла. — Д-ръ Чоловскій, Матеріалы къ вопросу о кожныхъ потеряхъ. — Д-ръ Антоконенко, Объ усвоеніи жировъ при циррозѣ печени. Д-ръ Фельдгунъ, о вліяніи на альбуминурию раздраженія діеты. — Д-ръ Кравковъ, Къ вопросу о дѣятельности желудка. — Д-ръ Яцута, Къ вопросу о вліяніи возраста на всасываніе лекарственныхъ веществъ изъ желудка. — Д-ръ Гурвичъ, О вліяніи алкоголя на ходъ альбуминурии. — Д-ръ Тумповскій, Азотистый метаморфозъ на первомъ мѣсяцѣ жизни при кормленіи грудью. — Д-ръ Вейденбаумъ, Къ вопросу о морфології и біології грибовъ. — Д-ръ Нейштубе, Къ ученію объ околоплодной жидкости. — Д-ръ Воффъ, Медицинскій отчетъ акушерскаго отдѣленія. — Д-ръ Трушениковъ, О вліяніи перевязки ductus thoracici на газообмѣнъ у животныхъ. — Д-ръ Боровской, Матеріалы къ ученію о бугорчаткѣ костей и суставовъ. — Д-ръ Надеждинъ, Матеріалы для оцѣнки срединнаго камнеотчѣненія. — Д-ръ Дмитріевъ, О всасываніи грануляціонною тканью и струями. — Д-ръ Соколовъ, О вліяніи хинина на образование грануляціонной ткани. — Д-ръ Стадницкій, Къ вопросу о пересадкѣ эхинококовыхъ пузырей кроликамъ. — Д-ръ Лимбергъ, Современная профилактика и терапія кистозны зубовъ. — Д-ръ Шульцъ, Массажъ при леченіи подкожныхъ переломахъ. — Д-ръ Соколовскій, Матеріалы къ вопросу о заживленіи подкожныхъ ранъ подъ вліяніемъ обезкровливанія. — Д-ръ Транезниковъ, О судьбѣ споръ микробовъ въ живомъ организмѣ. Д-ръ Козловъ, Къ вопросу объ относительномъ сухоуденіи. — Д-ръ Вольскій, Къ вопросу о вліяніи мышечной работы на обменъ. — Д-ръ Боголюбовъ, Къ вопросу о вліяніи іода на выдѣленіе ртути. — Д-ръ Захаровъ, Къ вопросу объ измѣненіяхъ лимфатическихъ железъ и въ старческомъ возрастѣ. — Д-ръ Жучинскій, Къ вопросу объ азотистомъ обменѣ при молочной діетѣ. — Д-ръ Воскресенскій, Къ вопросу о вліяніи ароматическихъ ваннъ на обменъ азота. — Д-ръ Парійскій, Общія песочныя ванны. — Д-ръ Гелейнъ, Къ вопросу о дѣйствіи электризаціи желудочной области на отравленія желудка. — Д-ръ Чудновскій, О вліяніи горячихъ промывательныхъ на усвоеніе и обменъ азота. — Д-ръ Шиманскій, Къ вопросу о вліяніи мышечной работы. — Д-ръ Шульгинъ, О физиологическомъ дѣйствіи кателектризаціи на отравленіе нервовъ. — Д-ръ Покровский, Общія грязевыя и глиняныя ванны. — Д-ръ Соломинъ, О сравнительномъ усвоеніи азота и жировъ ветчины и говядины. — Д-ръ Спирингъ, Къ вопросу о вліяніи мышечной работы. — Д-ръ Базаровъ, Къ вопросу о вліяніи разжиженія пищи на усвоеніе жировъ. — Д-ръ Слюнинъ, О вліяніи вытяженія позвоночнаго столба на рефлексъ.

нхоліи“ (Архив)



щій параличъ, 144.—*Dr Beteau*, Сомнамбулистическій автоматизмъ съ развоєніемъ личности, 145.—*Dr Klipel u Beteau*, Разстройство дыханія при душевныхъ болѣзняхъ и въ частности при параличѣ, 145.—*Dr Babinski*, Гипнотизмъ и истерія, 145.—*Dr Esteves*, Истерическая лихорадка, 146.—*Dr Cullerre*, Гипнотизмъ и право, 146.—*Dr Legrdin*, Яды интеллекта, 146.—*Dr Boubila, Hadjes и Cossa*, Хлористое золото въ общемъ параличѣ, 146.—*Dr Kurella*, Общественное призрѣніе идиотовъ, 146.—*Dr Scripture*, Объ ассоціативномъ теченіи представленій, 147.—*Dr Friedrich*, Объ идиомускулярной сократительности у душевно-больныхъ, 148.—*Dr Fleiner*, Syphilis occulta, 148.—*Dr Fischl*, Кортикальная эпилепсія врожденнаго сифилитическаго происхожденія, 148.—*Dr Harmsen*, О діагнозѣ и патогенезѣ при сифилисѣ мозга, 148.—*Dr Hochsinger*, Pseudo-paralysis syphilitica infantilis, 148.—*Dr Schlesinger*, Наслѣдственная хроническая хорея, 149.—*Prof. Krafft Ebing*, Рѣдкая форма половой нейрастеніи съ насильственными представленіями, 149.—*Dr Ostermayer*, Случай выздоровленія отъ психоза подъ вліяніемъ гинекологическаго леченія, 149.—*Dr Talcott*, Діететика при лѣченіи душевныхъ болѣзней, 150.—*Dr Ferguson*, Діететическое леченіе эпилепсін, 150.—*Dr Persning*, Травматическій нейрозъ, 150.—*Dr Whitwell*, Пульсъ при ступорѣ, 151.—*Dr Atwood*, Причины душевныхъ заболѣваній, 151.—*Dr Chaddock*, Зрительныя видѣнія алкогольныхъ делириковъ, 151.—*Dr Channing*, Физическое воспитаніе дѣтей, 152.—*Dr Tomlinson*, Физическія упражненія при психозахъ, 152.—*Dr Kiernan*, Геній и эпилепсія, 153.—*Dr Mills*, Локалізація слуховаго центра, 154.—Смѣсь, 155.—Новыя книги, 156.—Таблица къ статьѣ д-ра Лащенко во 2-мъ № архива.

ТОЛЬКО ЧТО ВЫШЛА И ПРОДАЕТСЯ КНИГА:

Проф. П. И. Ковалевскій.

„ПСИХІАТРИЧЕСКІЕ ЭСКИЗЫ“.

Людвигъ II, король Баварскій.—Навуходоносоръ, царь Вавилонскій.—Саулъ, царь Израилевъ.—Камбизъ, царь Персидскій. 1892.

Цѣна 1 рубль.

Вырученныя деньги идутъ въ пользу пострадавшихъ отъ неурожая въ 1891 году.

Dr Baierlacher.

ЛЕЧЕНІЕ ВНУШЕНІЕМЪ.

Цѣна 50 к.

Въ редакціи „Архивъ психіатріи, неврологіи и судебной психопатологіи“.

Ново-Чернышевская № 1.

МОЖНО ИМѢТЬ СЛѢДУЮЩІЯ КНИГИ:

Проф. П. И. Ковалевскій, *Психіатрическіе эскизы изъ исторіи*. 1892. Ц. 2 р.

Компендіумъ нервныхъ и душевныхъ болѣзней, 1891 г. Ц. 1 р. 25 к.

Сифилисъ мозга и его леченіе, 1891 Ц. 1 р.

Леченіе душевныхъ и нервныхъ болѣзней. Изд. 2-е. Ц. 2 р.

Эпилепсія, 1889. Ц. 1 р.

Хорей и хореическое сумашествіе, 1890. Ц. 50 к.

Пьянство, его причины и леченіе. Изд. 2, 1889. Ц. 50 к.

Основы механизма душевной дѣят. Изд. 2-е исправл. и дополн. Ц. 1 р.

Положеніе душевно-болѣзныхъ въ Россійской Имперіи. Ц. 50 к.

Психіатрія, 2 т. I т.—общая психопатологія, II-й т.—спеціальная психіатрія. Изд. 4-е. Ц. 4 р. 1891.

Судебно-психіатрическіе анализы (для медиковъ и юристовъ) 2-й т., изд. 2-е. Ц. 4. р. 50 к.

Первичное помѣшательство (для медиковъ и юристовъ). Ц. 1 р. 50 к.

Prof Meunert, *Клиническія лекціи по психіатріи*, пер. К. Н. Ковалевской, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1890. Ц. 1 р. 50 к.

Dr. Morel, *Электротерапія при душевныхъ болѣзняхъ*, перев. А. Н. Герстфельдъ. 1889. Ц. 40 к.

Prof. Binswanger, *Сумашествіе и преступленіе*. Перев. А. Н. Герстфельдъ и О. Н. Герстфельдъ, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго, 1889. Ц. 30 к.

Кегг, *Пьянство, его причины, леченіе и судебно-медицинское значеніе*. Пер. К. Н. Ковалевской и М. Е. Ліона, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго, 1889 г. Ц. 2 р.

Dr. Löwenfeld. *Современныя способы леченія истеріи и нейрастеніи*. Перев. Н. И. Мухина подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. 1889 г. Ц. 1 р.

Richet, *Истерио-эпилепсія*. Перев. подъ редакц. проф. Ковалевскаго, съ 180 рис. Ц. 5 р.

Выписывающіе всѣ эти книги изъ редакціи „Архива психіатріи“ за пересылку ничего не платятъ.

студенты кромѣ того пользуются уступкою отъ 20 до 50%

Дозволено цензурою. Харьковъ. 23 Марта 1892 г. цензоръ пер. изд. Павелъ Савицкий

Dr Cullerge, *Границы сумашествія (Les frontières de la folie)*. Перев. Е. Н. Ковалевской и Е. Н. Герстфельдъ, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго 1889. Ц. 1 р. 50 к.

Dr Cullerge, *Гигіена нервныхъ людей и нейропатологія*. Пер. К. Н. Ковалевской, подъ ред. проф. Ковалевскаго. 1888 г. Ц. 1 р. 50 к.

Ремак, *Электродіагностика и электротерапія*. Переводъ К. Н. Ковалевской, подъ редакц. П. И. Ковалевскаго. 1888 г. Ц. 1 р.

Scholz, *Диететика духа*. Пер. К. Н. Ковалевской и Е. Н. Герстфельдъ, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. 1888 г. Ц. 1 р. 50 к.

Вугот Bramwell, *Болѣзнь спинного мозга*. Пер. М. А. Шульгина, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго Ц. 5 р.

Meunert, *Психіатрія*. Переводъ М. Е. Ліона подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго Ц. 3 р.

Prof. Gowers, *Болѣзнь головного мозга* пер. А. А. Говсѣева, подъ редакціей проф. Ковалевскаго. Ц. 1 р. 50 к.

Prof. Charcot, *Лекціи по нервнымъ болѣзнямъ*. Перев. подъ редакціей проф. Ковалевскаго. Ц. 1. р.

Hammond, *Половое безсиліе у мужчинъ*. Пер. А. А. Говсѣева, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. Изд. 2-е, дополненное стат. Prof. Ullmann'a: объ онанизмѣ, безплодіи, поллюціяхъ и др. Ц. 2 р.

Thudichum, *Физиологическая химія головного мозга*. Переводъ М. Е. Ліона. Ц. 2 р.

Robert von Pfungen, *О разстройствѣхъ ассоціаціи*. Перев. М. Е. Ліона. Ц. 1 р.

Dr Pierzon, *Компендіумъ нервныхъ болѣзней*. Переводъ Н. И. Мухина подъ редакціей П. И. Ковалевскаго. Въ изыщномъ переплетѣ. 1889 г. Ц. 1 руб. 50 коп.

AUG 9 1932

